

# ANÁLISIS DE CONDICIONES, CALIDAD DE VIDA, SALUD Y ENFERMEDAD, 2016-2018

Localidad de Barrios Unidos

12



Alcalde Mayor de Bogotá  
Enrique Peñalosa Londoño

Secretario Distrital de Salud  
Luis Gonzalo Morales Sánchez

Subsecretaria de Salud Pública  
Patricia Arce Guzmán

Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública  
Elizabeth Coy Jiménez

Gerente Subred Integrada de Servicios de Salud Norte  
Yidney Isabel García Rodríguez

Subgerente Prestación de Servicios de Salud  
Nancy Tabares

Directora Gestión del riesgo  
Sandra María Bocarejo

Referente Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas  
Martha Gisela Zabala

Referente Gobernanza  
Carmen Alicia Cortés Rodríguez

#### **Autores Subred Norte**

Alexander Quintero. Geógrafo  
Ana Yolima Acero. Epidemióloga  
Andrea Palacios. Epidemióloga  
Angelica Viracachá. Epidemióloga  
Cristhian Balanta. Geógrafo  
Hernán Cortés. Líder Componente 2  
Jorge Andrés Daza. Epidemiólogo  
José Felipe Sanabria. Sociólogo  
John Estiven Marín. Sociólogo  
Katherine Zamora. Geógrafa  
Lucelly Córdoba. Epidemióloga  
Sebastián Pachón. Sociólogo

Fotografía de la portada

<http://mapio.net/pic/p-122716440/>

Secretaría Distrital de Salud  
Carrera 32 # 12-81  
Conmutador: 364 9090 Bogotá, D. C. - 2018  
[www.saludcapital.gov.co](http://www.saludcapital.gov.co)

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	9
OBJETIVO .....	10
Objetivo general .....	10
Objetivos específicos .....	10
<b>1. CAPÍTULO I. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO .....</b>	<b>11</b>
1.1 Contexto territorial .....	12
1.2 Contexto demográfico .....	15
1.2.1 Indicadores estructura demográfica .....	15
1.2.2 Indicadores dinámica demográfica 2016 .....	17
1.3 Conclusiones .....	21
<b>2. CAPÍTULO II. ANÁLISIS DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD .....</b>	<b>22</b>
2.1 Dimensión poblacional .....	25
2.2 Dimensión ambiente .....	26
2.3 Dimensión social .....	28
2.4 Dimensión económico .....	30
2.5 Conclusiones .....	31
<b>3. CAPÍTULO III. MORTALIDAD Y MORBILIDAD .....</b>	<b>33</b>
3.1 Mortalidad .....	34
3.1.1 Mortalidad general por grandes causas 6/67 .....	34
3.1.2 Mortalidad por subgrupos según agrupación 6/67 .....	36
Enfermedades transmisibles .....	36
Neoplasias .....	38
Enfermedades del sistema circulatorio .....	40
Afecciones del periodo perinatal .....	42
Causas externas .....	43
Demás causas .....	45
3.1.3 Mortalidad infantil y en la niñez .....	47
Mortalidad en menores de un año .....	48
Mortalidad en menores de 1 a 4 años .....	49
Mortalidad en menores de cinco años .....	49
3.1.4 Mortalidad materno - infantil y en la niñez .....	50

3.2	Análisis de estructura de Morbilidad .....	51
3.2.1	Morbilidad General y Análisis de la prestación del servicio .....	51
	Morbilidad atendida de la población perteneciente al régimen subsidiado y vinculado .....	51
	Descripción de la oferta .....	53
3.2.2	Eventos de Vigilancia en Salud Pública .....	55
	SIVIGILA Nacional .....	55
	SIVIGILA Distrital .....	58
3.2.3	Eventos precursores .....	59
3.2.4	Análisis general de la morbilidad e identificación de prioridades en morbilidad .....	59
4	CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DIFERENCIAL DE POBLACIONALES .....	61
4.1	Contexto demográfico .....	62
	Población étnica .....	63
	Indígena .....	63
	Afrodescendientes .....	63
	ROM .....	64
	Raizal .....	64
	Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales e Intersexuales –LGBTI- .....	64
	Víctimas del conflicto .....	64
	Personas con discapacidad .....	66
	Personas en ejercicio de prostitución .....	67
	Ciudadano habitante de calle .....	67
	Otras poblaciones .....	68
4.2	Relación población territorio .....	69
4.3	Condiciones de vida y determinantes de la población diferencial .....	73
4.4	Población priorizada: Población en ejercicio de prostitución .....	74
4.5	Análisis de situación en salud de las poblaciones .....	77
	Población priorizada: personas en ejercicio de prostitución .....	78
	Necesidades población étnica .....	80
	Necesidades población LGBTI .....	81
	Necesidades Habitante de calle .....	81
	Necesidades Discapacidad .....	81
4.6	Acciones y respuestas en salud .....	82
5	CAPÍTULO V. ACCIONES EN SALUD PÚBLICA .....	90

5.1	Espacio de educativo .....	91
5.2	Espacio de trabajo .....	97
5.3	Espacio público .....	104
5.4	Espacio de vivienda .....	108
5.5	Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública (GPAISP) .....	112
6	<b>CAPÍTULO VI. ANÁLISIS Y SÍNTESIS</b> .....	118
6.1	Descripción metodológica .....	119
6.2	Descripción de los nodos .....	120
	Nodo 1: Condiciones desfavorables del entorno y el ambiente .....	121
	Nodo 2: Hábitos de vida no saludables y malas pautas de crianza en familias fraccionadas .....	121
	Metáfora: Panal de abejas .....	124
6.3	Validación de contenidos .....	127
6.4	Análisis de la respuesta .....	127
6.5	Recomendaciones .....	132
	<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	134

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1.	Momentos del Curso de Vida, localidad de Barrios Unidos, 2016 .....	16
Tabla 2.	Indicadores de dinámica demográfica, localidad de Barrios Unidos, 2011 - 2016.....	18
Tabla 3.	Características embarazo en menores de 15 años, localidad de Barrios Unidos, 2012 - 2016 .....	19
Tabla 4.	Características embarazo en adolescentes de 15 - 19 años, localidad de Barrios Unidos, 2012 - 2016 .....	20
Tabla 5.	Tasas ajustadas de mortalidad según Grandes Causas y sexo. Lista 6/67 OPS, localidad de Barrios Unidos, 2012-2014. ....	36
Tabla 6.	Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades transmisibles según sexo. Lista 6/67 OPS, localidad Barriosde Unidos, 2012-2014.....	38
Tabla 7.	Tasas ajustadas de mortalidad por neoplasias según sexo. Lista 6/67 OPS, localidad Barrios de Unidos, 2012-2014. ....	40
Tabla 8.	Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio según sexo. Lista 6/67 OPS, localidad Barrios de Unidos, 2012-2014. ....	42

Tabla 9. Tasas ajustadas de mortalidad por afecciones del periodo perinatal según sexo. Lista 6/67 OPS, localidad Barrios de Unidos, 2012-2014. ....	43
Tabla 10. Tasas ajustadas de mortalidad por causas externas según sexo. Lista 6/67 OPS, localidad de Barrios de Unidos, 2012-2014. ....	45
Tabla 11. Tasas ajustadas de mortalidad grupo demás enfermedades según sexo. Lista 6/67 OPS, localidad de Barrios Unidos, 2012-2014. ....	47
Tabla 12. Tasas de mortalidad en menores de 1 año, según lista de tabulación MSPS, localidad Barrios de Unidos, 2012-2014. ....	48
Tabla 13. Tasas de mortalidad en menores de 1 - 4 años, según lista de tabulación MSPS, localidad de Barrios de Unidos, 2012-2014. ....	49
Tabla 14. Tasas de mortalidad en menores de 5 años, según lista de tabulación MSPS, localidad Barrios de Unidos, 2012-2014. ....	50
Tabla 15. Mortalidad evitable. Bogotá – localidad Barrios de Unidos, 2009-2016. ....	50
Tabla 16. Mortalidad evitable según UPZ, localidad Barrios de Unidos, 2016. ....	51
Tabla 17. Atenciones por Individuo según tipo de servicio y grandes causas, Bogotá- localidad Barrios de Unidos, 2012- 2016. ....	53
Tabla 18. Eventos individuales notificados al SIVIGILA, según dimensiones PDSP frente al Distrito, localidad de Barrios Unidos, 2016. ....	56
Tabla 19. Eventos individuales notificados al SIVIGILA según dimensiones PDSP y curso de vida, localidad Barrios de Unidos, 2016. ....	57
Tabla 20. Proporción de eventos colectivos notificados al SIVIGILA, según dimensiones PDSP frente al Distrito, localidad Barrios de Unidos, 2016. ....	58
Tabla 21. Proporción de eventos notificados a los subsistemas de vigilancia en salud pública, localidad Barrios de Unidos, 2016. ....	58
Tabla 22. Eventos Precusores, localidad Barrios de Unidos, 2013 - 2016. ....	59
Tabla 23. Acciones realizadas por equipo de PEP en mayo, agosto y octubre de 2017, localidad Barrios de Unidos. ....	88
Tabla 24. Acciones desarrolladas por Espacio Educativo, localidad Barrios de Unidos, 2017. ....	91
Tabla 25. Acciones desarrolladas por espacio trabajo, localidad Barrios de Unidos, 2017. ....	98
Tabla 26. Acciones desarrolladas por espacio público, localidad de Barrios de Unidos, 2017. ....	104
Tabla 27. Acciones desarrolladas por espacio vivienda, localidad de Barrios Unidos, 2017. ....	108
Tabla 28. Acciones desarrolladas por GPAISP, localidad de Barrios Unidos, 2017. ....	113
Tabla 29. Cumplimiento de planes de trabajo en IPS privadas, localidad de Barrios Unidos, 2017. ....	116

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Pirámide poblacional e indicadores demográficos, localidad de Barrios Unidos, 2005 a 2016 .....	15
Figura 2. Aseguradoras régimen subsidiado, localidad de Barrios Unidos, 2016 .....	17
Figura 3. Total nacimientos y distribución según grupos de edad de la madre, localidad de Barrios Unidos, 2011 - 2016 .....	17
Figura 4. Tasa general y específica de fecundidad en adolescentes, localidad de Barrios Unidos, 2011 - 2016 .....	19
Figura 5. Proporción de muertes según Grandes Causas lista 6/67 OPS, por sexo y edad quinquenal, localidad de Barrios Unidos, 2014. ....	35
Figura 6. Proporción de muertes por enfermedades transmisibles 6/67 OPS, según sexo y edad quinquenal, localidad de Barrios Unidos, 2014.....	37
Figura 7. Proporción de muertes por neoplasias 6/67 OPS, según sexo y edad quinquenal, localidad de Barrios Unidos, 2014. ....	39
Figura 8. Proporción de muertes por enfermedades del sistema circulatorio 6/67 OPS, según sexo y edad quinquenal, localidad de Barrios Unidos, 2014.....	41
Figura 9. Proporción de muertes por causas externas 6/67 OPS, según sexo y edad quinquenal, localidad de Barrios Unidos, 2014. ....	44
Figura 10. Proporción de muertes por las demás enfermedades 6/67 OPS, según sexo y edad quinquenal, localidad de Barrios Unidos, 2014.....	46
Figura 11. Atenciones por individuo según momento del curso de vida, localidad de Barrios Unidos, 2016. ....	52
Figura 12. Población étnica, localidad de Barrios Unidos, 2013- 2016.....	63
Figura 13. Población víctima de conflicto, localidad de Barrios Unidos, 2013-2016 .....	65
Figura 14. Origen de la Discapacidad según edad, localidad de Barrios Unidos, 2016.....	66
Figura 15. Población reinsertada, Chapinero, 2016.....	69

## LISTA DE MAPAS

Mapa 1. Ubicación Geográfica y división político administrativa, localidad de Barrios Unidos, 2016.....	13
Mapa 2. Densidad Poblacional por UPZ, localidad de Barrios Unidos, 2015.....	14
Mapa 3. Determinantes sociales identificados, localidad de Barrios Unidos, 2017 .....	24
Mapa 4. Oferta y demanda de servicios de salud, localidad de Barrios Unidos, 2015. ....	54
Mapa 6. Población diferencial, localidad de Barrios Unidos .....	71
Mapa 7. Establecimientos de prostitución identificados por localidad, Subred Norte, 2017 .....	76

Mapa 8. Establecimientos de prostitución intervenidos, localidad de Barrios Unidos, 2017.....	85
Mapa 9. Instituciones educativas y acciones, espacio educativo, localidad de Barrios Unidos, 2017.....	94
Mapa 10. Concentración de UTI, espacio trabajo, localidad de Barrios Unidos, 2017 .....	101
Mapa 10. Acciones espacio público, localidad de Barrios Unidos, 2017. ....	106
Mapa 11. Acciones “Cuidado para la Salud Familiar”, espacio vivienda, localidad de Barrios Unidos, 2017.....	111
Mapa 12. IPS intervenidas por GPAISP, localidad de Barrios Unidos, 2017 .....	115
Mapa 13. Tensiones, Nodos y Metáfora, localidad de Barrios Unidos, 2017.....	126
Mapa 14. Tensiones, Nodos y acciones por espacio de vida cotidiana, localidad de Barrios Unidos, 2017.....	129



## INTRODUCCIÓN

El análisis de condiciones de calidad de vida, salud y enfermedad de la localidad de Barrios Unidos, es un proceso sistemático y organizado de identificación de los diferentes factores que afectan y protegen la calidad de vida y salud de la población, que procura trascender la observación institucional sobre las características de la enfermedad y la muerte en busca de una aproximación de la realidad local.

Para su construcción, fue necesaria la búsqueda de actores en los diferentes niveles de gestión (institucional y sectorial), obteniendo así una lectura de la realidad de Chapinero desde un enfoque cuantitativo, cualitativo y espacial, basados en los sistemas de información de salud a nivel local y distrital. El documento consta de seis capítulos, el primero presenta el contexto territorial y demográfico; el segundo tiene un enfoque de determinantes sociales; el tercer capítulo muestra el perfil de salud y enfermedad. En el cuarto capítulo se caracterizan las poblaciones diferenciales y el quinto describe las respuestas institucionales del programa “Salud Urbana”. Por último, el capítulo seis sintetiza las tensiones en salud por curso de vida.

De esta forma, el presente documento ofrece insumos para la formulación de planes, programas y proyectos en el nivel local, convirtiéndose en herramienta fundamental para los espacios de participación social, en la toma de decisiones que inciden en la afectación positiva de los determinantes sociales y por ende el proceso de salud enfermedad.

## OBJETIVO

### Objetivo general

Generar conocimiento sobre las relaciones entre las condiciones de calidad de vida salud y enfermedad de la localidad de Barrios Unidos, que sirva para orientar la toma de decisiones.

### Objetivos específicos

- Identificar las fuentes de información primaria y secundaria como insumo para el análisis de condiciones de calidad de vida y salud.
- Desarrollar el análisis y síntesis de la información con los diferentes actores para generar conocimiento sobre la situación de salud y calidad de vida.
- Identificar tensiones en salud de la localidad basados en la metodología BIT PASE a la equidad

# 1. CAPÍTULO I. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO

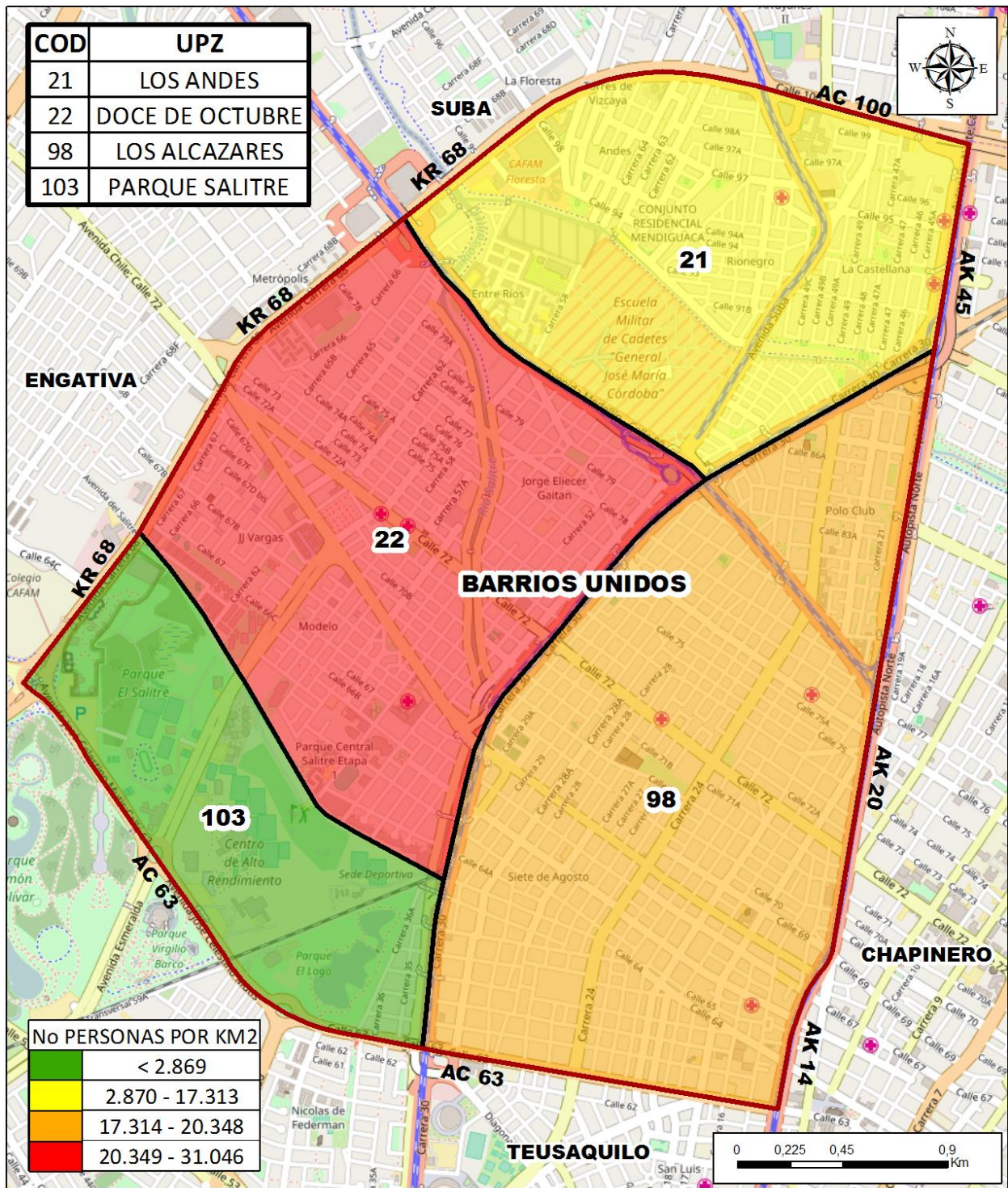
## 1.1 Contexto territorial

La localidad de Barrios Unidos se encuentra ubicada en el noroccidente de Bogotá, limita al norte por la calle 100 con la localidad de Suba, al oriente con la Autopista Norte y la Avenida Caracas con la Localidad de Barrios Unidos, al sur con la calle 63 y la localidad de Teusaquillo y al occidente con la Avenida 68 y la localidad de Engativá. La extensión de Barrios Unidos es de 1.190 Ha, las cuales corresponden en su mayoría a suelo Urbano 1.052 Ha y una pequeña porción corresponde a zonas de protección 138Ha. La localidad la componen cuatro Unidades de Planeamiento Zonal (UPZ) (Mapa 1). La localidad cuenta con el canal del río Salitre, cuyo sistema natural está conformado por las subcuencas de los ríos Arzobispo, Rionegro y Córdoba.

Barrios Unidos tiene una temperatura promedio de 13,7°C, su clima es frío subhúmedo y su altura promedio es de 2.560 msnm; en cuanto a la humedad relativa y rangos de precipitación, esta entre 793 y 944 mm<sup>3</sup> respectivamente (1). En cuanto a la densidad poblacional, para el 2016 hubo 22.169 habitantes por Km<sup>2</sup> (2), donde la UPZ Parque el Salitre tuvo la menor densidad debido a su composición principalmente dotacional contrastando con la UPZ Doce de octubre que es de uso residencial (mapa 2).



Mapa 2. Densidad poblacional por UPZ, localidad de Barrios Unidos, 2015

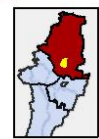


SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD  
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA  
SUBRED NORTE ESE



MAPA  
DENSIDAD POBLACIONAL  
LOCALIDAD DE BARRIOS UNIDOS  
2015

 Limite Localidad  
 Limite UPZ



Sistemas de Coordenadas:  
MAGNA SIRGAS  
Fuente Cartográfica:  
IDECA 2016  
Fuente de datos:  
Proyecciones DANE 2015  
Elaboración:  
Equipo ACCVSE

Fuente: Mapa de referencia 2016 – IDECA. Proyecciones poblacionales SDP-DANE. 2005-2015

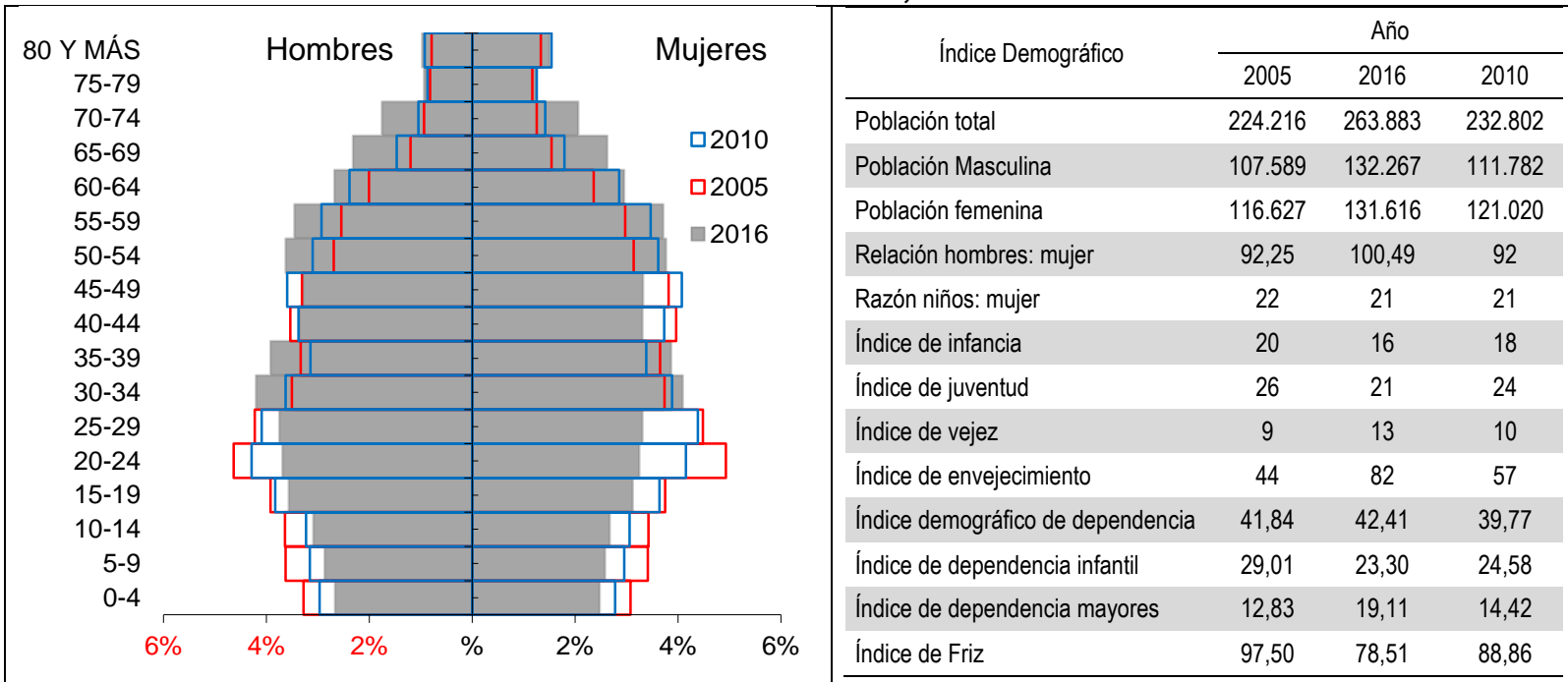
## 1.2 Contexto demográfico

La población estimada para la localidad de Barrios Unidos en 2016 fue de 263.883 habitantes, correspondiendo al 3,3 % del total Distrital y al 8,43 % de la Subred Norte, según sexo, la mayor proporción son hombres (50,1 %) (2). En la localidad no hay zonas rurales.

### 1.2.1 Indicadores estructura demográfica

La pirámide poblacional de Barrios Unidos es regresiva, donde la población infantil y joven se ha reducido significativamente comparado con el 2005, en contraste, la población adulta tiende a incrementarse. Es así como en 2016 hubo 21 menores de cinco años de por cada 100 mujeres en edad fértil con una reducción del 7,4 % con respecto al 2005, de esta forma, en el último año hay 38 mayores de 65 años más, por cada 100 menores de 15 años, comparado con el 2005 (2) ( Figura 1).

**Figura 1. Pirámide poblacional e indicadores demográficos, localidad de Barrios Unidos, 2005 a 2016**



Fuente: Proyecciones poblacionales DANE 2005 a 2020

Comparado con los indicadores Distritales, Barrios Unidos se muestra más envejecida registrando 7 niños menos por cada 100 personas; es así como el indicador de envejecimiento, es 1,4 veces más alto respecto a Bogotá.

En cuanto a la agrupación por cursos de vida, en el 2016 el 60,7 % de la población eran jóvenes y adultos, mientras que por cada 100 menores de 18 años había 93 personas mayores de 60 años (2). Esta distribución concuerda con el envejecimiento poblacional donde las personas mayores toman protagonismo y la fecundidad se reduce progresivamente (tabla 1).

**Tabla 1. Momentos del curso de vida, localidad de Barrios Unidos, 2016**

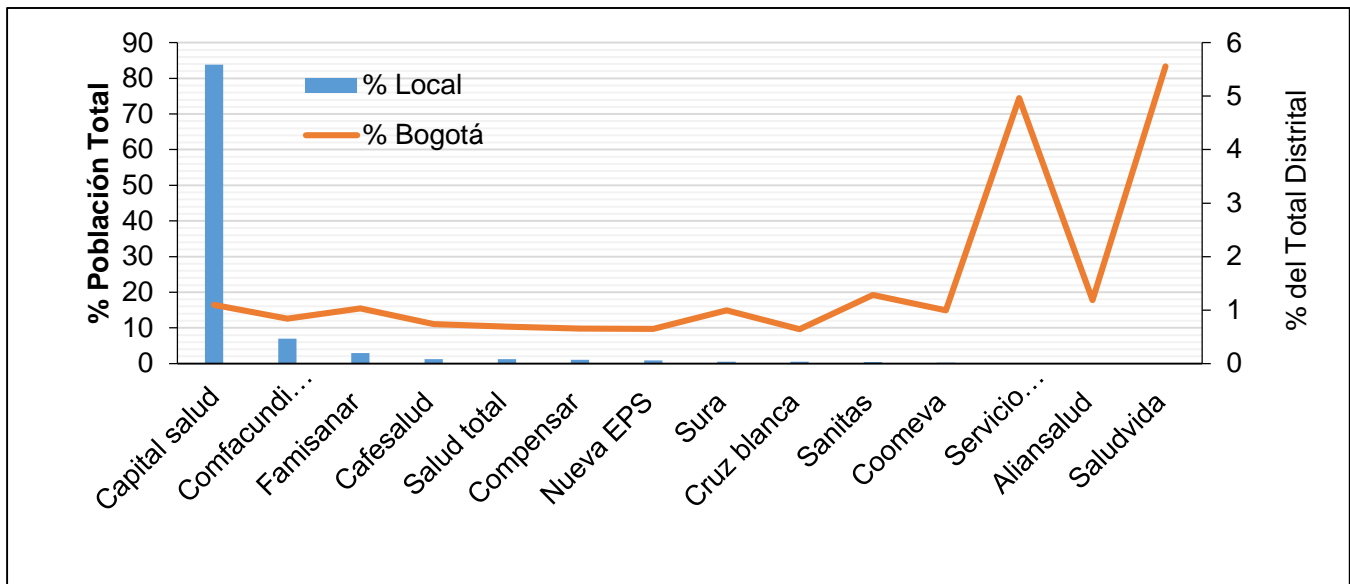
Cursos de vida	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Primera infancia (0 a 5)	8.496	3,2	7.879	3,0	16.375	6,2
Infancia (6 a 11)	9.233	3,5	8.200	3,1	17.433	6,6
Adolescencia (12 a 17)	10.534	4,0	9.142	3,5	19.676	7,5
Juventud (18 a 28 años)	21.500	8,1	18.909	7,2	40.409	15,3
Adultez (29 a 59 años)	59.659	22,6	60.069	22,8	119.728	45,4
Vejez (60 y más años)	22.845	8,7	27.417	10,4	50.262	19,0
<b>Total</b>	<b>132.267</b>	<b>50,1</b>	<b>131.616</b>	<b>49,9</b>	<b>263.883</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Proyecciones poblacionales DANE 2005-2020

Respecto al aseguramiento, en Barrios Unidos el 90,6 % (239.036) de los habitantes se encuentran afiliados al régimen contributivo, 2,6 % (6.861) son subsidiados y 4,6 % (12.154) pertenecen a régimen de excepción. La población pobre no asegurada encuestada por el Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN) es de 0,2 % (593) donde el 0,1 % (136) es población no afiliable a régimen subsidiado debido al puntaje obtenido. Capital Salud tiene el 83,9 % de la población subsidiada en la localidad; sin embargo, Salud Vida concentra en Barrios Unidos el 9,5 % de los afiliados del Distrito (3,4) (figura 2).



**Figura 2. Aseguradoras régimen subsidiado, localidad de Barrios Unidos, 2016**

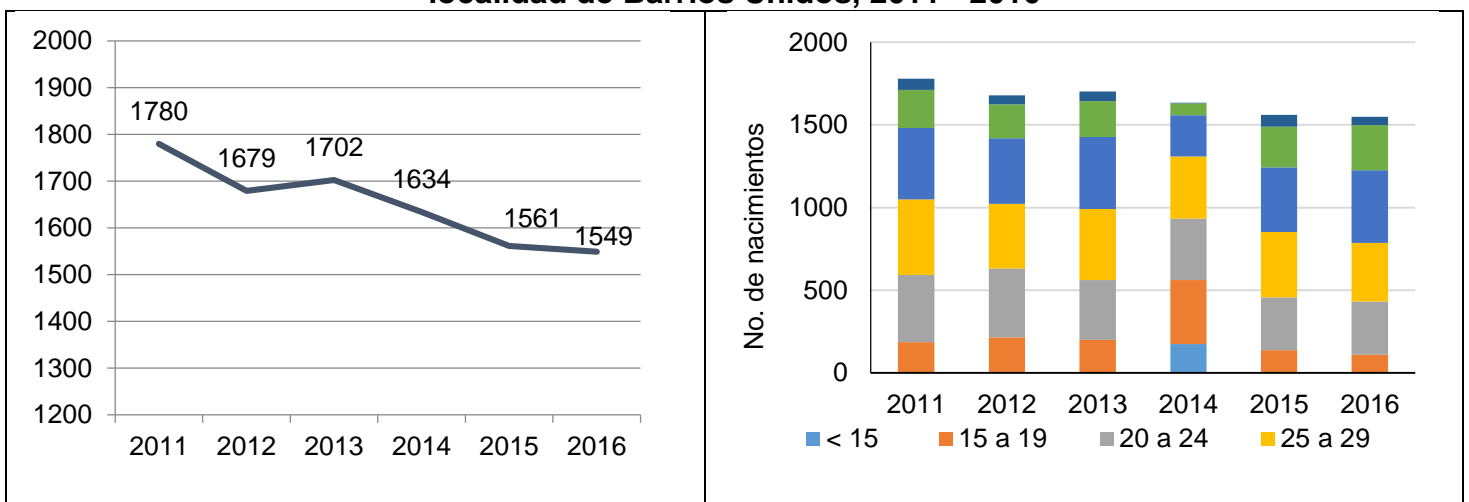


Fuente: Subsidiado BDU - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2016/SDS

**1.2.2 Indicadores dinámica demográfica 2016**

En la localidad, para el 2016 se presentaron 1.549 nacimientos mostrando una reducción del 7,6 % comparado con el 2011. El 74,8 % de los nacimientos ocurrieron en madres entre 20 y 34 años (promedio de edad 28,9 años); el 7,2 % fueron madres adolescentes (10 a 19 años) (5) (figura 3).

**Figura 3. Total nacimientos y distribución según grupos de edad de la madre, localidad de Barrios Unidos, 2011 - 2016**



Fuente: Certificado de nacido vivo- Base de datos DANE-RUAF\_ND/SDS. Sistema de estadísticas vitales SDS; Datos 2011 - 2014 oficiales, 2015 y 2016 preliminar.

Respecto a los indicadores de dinámica demográfica, en 2016 se presentaron 5,9 nacimientos por cada 1 000 habitantes, estimando una reducción del 22,9 % comparado con el 2011; frente a las muertes, en el 2015 hubo 3,3 decesos por cada 1.000 habitantes alcanzando una reducción del 15,2 % con relación al 2011; en este sentido, para el 2015 por cada 1.000 habitantes hubo 3,1 nacimientos más que muertes. Respecto a la fecundidad, en 2016 en promedio cada mujer tuvo 0,8 hijos y por cada 1.000 mujeres en edad fértil hubo 19,1 nacimientos, estimando así una reducción del 15,5 % y 15,4 % comparado con el 2011 respectivamente (5) (Tabla 2).

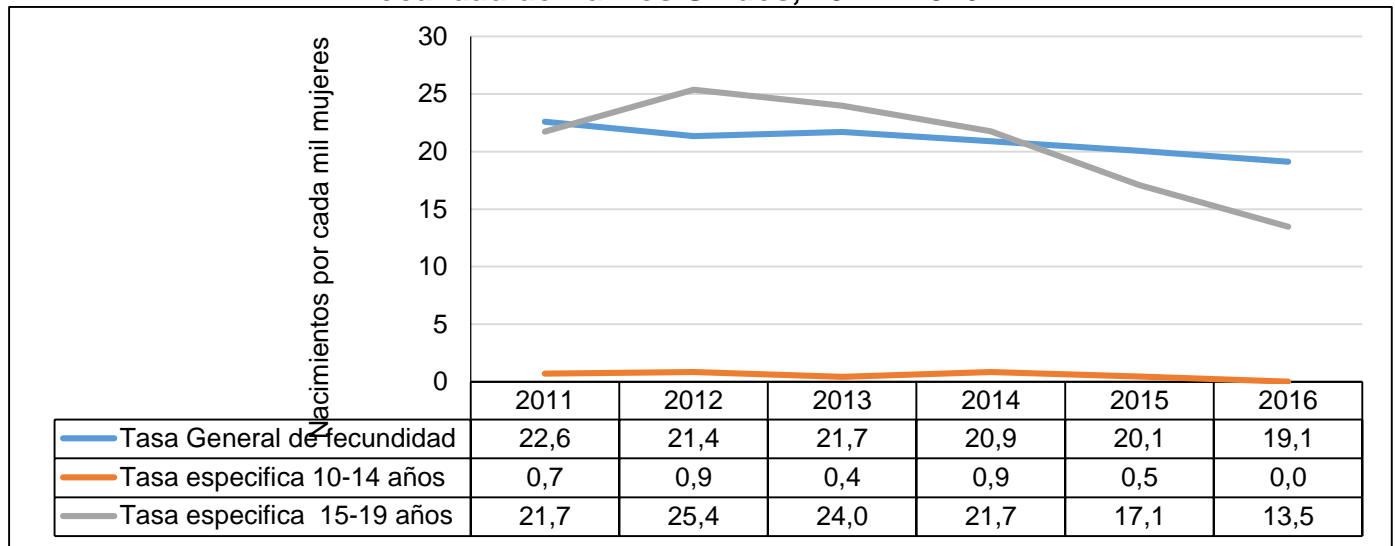
**Tabla 2. Indicadores de dinámica demográfica,  
localidad de Barrios Unidos, 2011 - 2016**

Indicadores	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Tasa bruta de natalidad	7,6	7,1	7,2	6,9	6,5	5,9
Tasa bruta de mortalidad	3,9	3,6	3,7	3,6	3,3	ND
Tasa de crecimiento natural	3,7	3,5	3,5	3,3	3,1	ND
Tasa Global de fecundidad	1,0	0,9	0,9	0,9	0,9	0,8
Tasa General de fecundidad	22,6	21,4	21,7	20,9	20,1	19,1
Tasa de fecundidad en mujeres entre 10-14 años	0,7	0,9	0,4	0,9	0,5	0,0
Tasa de fecundidad en mujeres entre 15-19 años	21,7	25,4	24,0	21,7	17,1	13,5

Fuente: Proyecciones poblacionales DANE 2005 - 2020; certificado de Nacido Vivo, Base de datos DANE-RUAF\_ND/SDS, sistema de Estadísticas Vitales SDS; datos 2011 - 2014 oficiales, 2015 y 2016 preliminar.

En cuanto a las tasas específicas de fecundidad en adolescentes, se observa un comportamiento decreciente para el periodo 2011 y 2016 alcanzando una reducción del 100 % en las menores de 15 años y del 38 % entre 15 y 19 años (5) (figura 5).

**Figura 4. Tasa general y específica de fecundidad en adolescentes, localidad de Barrios Unidos, 2011 - 2016**



Fuente: Proyecciones poblacionales DANE 2005 - 2020; certificado de Nacido Vivo, Base de datos DANE-RUAF\_ND/SDS, sistema de Estadísticas Vitales SDS; datos 2011 - 2014 oficiales, 2015 y 2016 preliminar.

En el 2016 no se presentaron nacimientos en menores de 15 años, alcanzado así una reducción del 100 % comparado con el 2012 (5) (Tabla 3).

**Tabla 3. Características embarazo en menores de 15 años, localidad de Barrios Unidos, 2012 - 2016**

Variable		2016		Tendencia 2012 a 2016	%Δ 2012 y 2016
		n	%		
Aseguramiento	Contributivo	0	0		-100,0
	Subsidiado	0	0		-100,0
Nivel Educativo	Básica Primaria	0	0		-100,0
	Básica Secundaria	0	0		-100,0
	Media Académica o clásica	0	0		0,0
Estado Conyugal	Sin Información	0	0		-100,0
	No está casada y lleva dos años o más viviendo con su pareja	0	0		-100,0
	No está casada y lleva menos de dos años viviendo con su pareja	0	0		0,0
Peso al Nacer	Está soltera	0	0		-100,0
	Bajo (1500 -2499)	0	0		0,0
	Deficit (2500 -2999)	0	0		-100,0
Tipo de Parto	Normal (3000-4199)	0	0		-100,0
	Espontáneo	0	0		-100,0
	Cesarea	0	0		-100,0
Semanas de Gestación	Instrumentado	0	0		-100,0
	A término	0	0		-100,0
Tendencia No. De Casos		0			-100,0

\*Verde: % de reducción; Amarillo: Estable.

Fuente: Proyecciones poblacionales DANE 2005 - 2020; certificado de Nacido Vivo, Base de datos DANE-RUAF\_ND/SDS, sistema de Estadísticas Vitales SDS; datos 2011 - 2014 oficiales, 2015 y 2016 preliminar.

Para el grupo de 15 a 19 años se presentaron 111 nacimientos en 2016, alcanzado una reducción del 47,1 % comparado con el 2012. Según el aseguramiento, el 93,7 % de los embarazos fueron del régimen contributivo y subsidiado, con tendencia al incremento. Para el nivel educativo, la mayor proporción (82,9 %) estuvo en básica secundaria y media académica, con tendencia a la reducción, mientras que la media técnica y tecnológica mostró el mayor incremento comparado con el 2012. Frente al estado civil, el 64,9 % tienen pareja, donde las casadas mostraron el mayor incremento. Del total de nacimientos el 13,5 % presentaron bajo peso al nacer aunque el 90,1 % de los recién nacidos fueron a término y la mayor proporción de partos ocurrió de forma espontánea (5) (tabla 4).

**Tabla 4. Características embarazo en adolescentes de 15 - 19 años, localidad de Barrios Unidos, 2012 - 2016**

Variable		2016		Tendencia 2012 a 2016	%Δ 2012 y 2016
		n	%		
Aseguramiento	Contributivo	83	74,8		13,8
	Subsidiado	21	18,9		16,9
	Excepción	4	3,6		8,1
	Especial	0	0,0		0,0
	No asegurado	3	2,7		-81,7
Nivel Educativo	Básica Primaria	8	7,2		278,4
	Básica Secundaria	37	33,3		-7,9
	Media Académica o clásica	55	49,5		-7,9
	Media técnica	3	2,7		100,0
	Técnica profesional	3	2,7		-5,4
	Tecnológica	2	1,8		89,2
	Profesional	0	0,0		-100,0
	Sin Información	3	2,7		89,2
Estado Conyugal	No está casada. Lleva 2 años o más viviendo con pareja	33	29,7		20,1
	No está casada. Lleva < de 2 años viviendo con pareja	34	30,6		12,8
	Está separada, divorciada	0	0,0		0,0
	Viuda	0	0,0		0,0
	Está soltera	36	32,4		-28,3
	Está casada	5	4,5		215,3
	Sin información	3	2,7		89,2
Peso al Nacer	Extrabajo (0 -999)	1	0,9		-5,4
	Muy bajo (1000 -1499)	2	1,8		89,2
	Bajo (1500 -2499)	12	10,8		-9,2
	Deficit (2500 -2999)	38	34,2		-17,4
	Normal (3000-4199)	58	52,3		16,7
Tipo de Parto	Espontáneo	73	65,8		-1,4
	Cesarea	35	31,5		3,5
	Instrumentado	3	2,7		-5,4
Semanas de Gestación	Pretermino	11	9,9		-13,3
	A término	100	90,1		1,7
Tendencia No. De Casos		111			-47,1

\*Verde: % de reducción; Amarillo: Estable; Rojo: % de Incremento.

Fuente: Proyecciones poblacionales DANE 2005 - 2020; certificado de Nacido Vivo, Base de datos DANE-RUAF\_ND/SDS, sistema de Estadísticas Vitales SDS; datos 2011 - 2014 oficiales, 2015 y 2016 preliminar.

### 1.3 Conclusiones

La Localidad de Barrios Unidos por su ubicación y equipamientos muestra un potencial importante para su población, donde la cercanía a sectores comerciales, servicios sociales y recreativos favorece las condiciones socioeconómicas de su población. Sin embargo, no se debe desconocer la vulnerabilidad en los barrios de la ronda del Rio Salitre en la UPZ Doce de Octubre, determinada por las condiciones habitacionales y de saneamiento básico existentes

La estructura poblacional de la localidad es el resultado del proceso de envejecimiento, donde los cursos de vida adultez y vejez son los más representativos como se observa en la UPZ Parque Salitre. De esta forma, garantizar el acceso a los servicios del sistema pensional y de salud se hace relevante.

La dinámica demográfica muestra una reducción importante de la fecundidad, incluso en la adolescencia, donde ya no se alcanza a un niño por mujer y por tanto no existe un relevo generacional.

## 2. CAPÍTULO II. ANÁLISIS DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD

La forma de analizar y comprender las condiciones de vida de las personas en el Distrito Capital ha sido por medio del modelo de determinantes sociales de la salud que, orientando el paradigma explicativo de los diversos procesos de salud-enfermedad en las comunidades, reconoce la naturaleza social de la salud entendiéndola como un hecho de orden biológico que sucede en el ámbito individual pero también como un resultado de complejas y cambiantes relaciones e interacciones entre la persona y su entorno (6).

Por lo anterior, se define que los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud (7); es decir, las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar. Hacen referencia tanto a las características del contexto social que ejerce influencia en salud como de las vías por las cuales las condiciones sociales se traducen en efectos sanitarios.

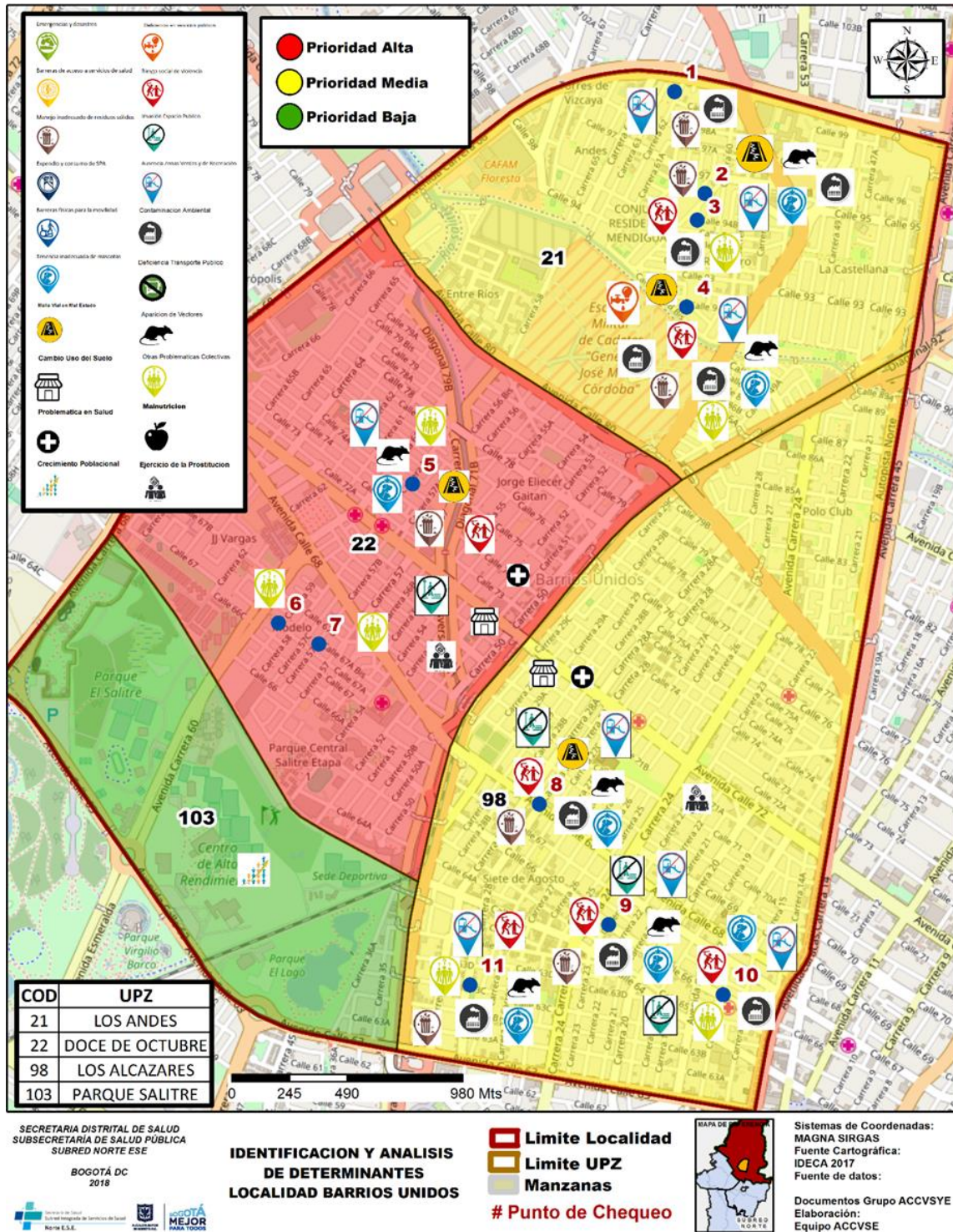
De esta manera, el modelo aplicado al escenario local intenta generar una aproximación a las realidades sociales en diferentes momentos: por un lado, los factores contextuales que afectan la salud como la organización social y poblacional de las comunidades (determinantes estructurales); en un segundo momento, el ejercicio considera aspectos principales como la jerarquía social, la cultura, valores y normas sociales, sistema educativo, laboral, de salud, ámbitos familiares, entre otros (determinante intermedios); y finalmente, a nivel personal se analiza la posición socioeconómica, la edad, el sexo, empleo, profesión, ingresos, género, raza/etnia, factores biológicos (determinantes proximales) (6).

El modelo de determinantes sociales de la salud usado en este documento intenta generar una aproximación a las realidades sociales de las personas habitantes de la localidad, junto con el propósito ético de identificar brechas de desigualdad e inequidad. Sin embargo, este capítulo guarda coherencia con la estrategia PASE (Dimensiones del desarrollo: Poblacional, Ambiental, Social y Económico) del PDSP, por lo cual se constituye en un elemento de insumo para el desarrollo de la estrategia en la tarea de realizar lecturas pertinentes de los procesos de salud-enfermedad (Ver anexo matriz de determinantes).

Finalmente, se entiende que el siguiente capítulo hace énfasis en los contextos socio-económicos y políticos que generan estratificación, división social, clases sociales, los cuales definen los lugares y jerarquías, es decir, la estructura social de la localidad que se transforman

en determinantes de la salud, mediante una conjugación PASE al desarrollo que logra identifica necesidades y prioridades en cada aspecto local (mapa 3)

**Mapa 3. Determinantes sociales identificados, localidad de Barrios Unidos, 2017**



Fuente: Recorrido rápido local. Equipo ACCVSYE. 2017.



## 2.1 Dimensión poblacional

La localidad de Barrios Unidos presenta un crecimiento más o menos uniforme de su población. Sin embargo, suele presentarse una división significativa entre algunos barrios que fueron planificados bajo una mirada diferente al barrio popular: estos barrios son Entreríos, La castellana, Polo Club; zonas que se caracterizan por tener un diseño planeado del espacio público. También esta zona se caracteriza por tener población con condiciones económicamente favorables.

La localidad ha presentado un desarrollo mixto en su patrón de poblamiento; muchos de sus barrios, principalmente aquellos conformados en los años treinta y cuarenta, fueron producto de invasiones, autoconstrucción y, en menor medida, los diseñados por urbanizadoras. Los barrios construidos a partir de los años setenta y ochenta (Entreríos, La Castellana, Polo Club) reflejan un patrón diferente, incorporando nuevos conceptos en urbanismo y paisajismo. Hacia los años noventa, se dio el desarrollo del conjunto residencial Metrópolis, el cual concedió especial prelación al paisaje y al concepto de “espacio público”. Algunos barrios como El Salitre, se han desarrollado gradualmente, mientras que los más antiguos (Siete de Agosto, Rio Negro, San Fernando), han ido modificando su uso residencial a comercial, esencialmente en actividades industriales de pequeño y mediano tamaño, relativas a la elaboración de muebles, litografías, almacenes de calzado, compra y venta de repuestos para automóviles, y talleres de servicios automotriz, generando problemas de carácter ambiental y social, e invasión del espacio público.

En el periodo comprendido entre 1985 y 1993 la localidad de Barrios Unidos disminuyó su población censal en un 11.6 %, pasando de 199.701 habitantes a 176.552, representando un crecimiento negativo en la población; en el periodo comprendido entre 1993 y 2005, la población de la localidad aumentó en un 27.24 %, manteniendo un crecimiento levemente superior al observado en el Distrito Capital, que en este mismo periodo fue del 24.9 %, siendo coherente con el hecho de que la localidad no cuenta con suelos en expansión. Sin embargo, a nivel local se ha aumentado la construcción horizontal, lo que ha permitido el aumento de la densidad poblacional (8).

El continuo cambio de suelo y la llegada de poblaciones migrantes de las zonas costeras del país han fomentado el inquilinato en la localidad y por ende una gran gradiente de hacinamiento y segregación en los barrios 12 de Octubre y San Fernando (9). La localidad de Barrios Unidos tiene 84,213 viviendas, el 3,5 % de la capital (2.381.129), con 85,543 hogares, en las que 4.318 personas viven en condiciones de hacinamiento crítico, seguido de un porcentaje significativo con alta dependencia económica, las cuales se encuentran en condición de pobreza, con 260 personas en situación de miseria. Así, cuando se comparan los datos acerca de déficit de vivienda se observa que mientras que para 2011 el 2.8 % de los hogares eran afectados, dicho índice bajó a 2.2 % para 2014 (8).

## 2.2 Dimensión ambiente

Dado que la Localidad de Barrios Unidos está localizada en el centro geográfico de la ciudad y está equidistante de los centros financieros, comerciales, educativos y el centro histórico de la ciudad, cuenta con la mejor accesibilidad de todas las localidades de Bogotá. Barrios Unidos es atravesada de norte a sur por avenidas principales como: Avenida Carrera 68 también llamada avenida del Congreso Eucarístico, Avenida Carrera 30 o Norte Quito Sur y la Avenida Caracas. Y de Oriente a Occidente la localidad posee grandes avenidas y calles como: La Avenida Calle 80, Calle 72, Calle 75, Calle 68 y 63. No obstante, según el recorrido de observación realizado por la localidad, se identifican como grandes puntos de tensión ambiental que fortalece los picos ERA en la comunidad (8).

Como se mencionó, la localidad se ha caracterizado por el cambio paulatino del uso de los inmuebles, pasando de ser residencial a comercial. Donde los propietarios transforman por ejemplo, el garaje de su vivienda en local comercial. En estos locales predomina la fabricación de muebles y de talleres para la reparación automotriz en el sector del Siete de Agosto. La localidad cuenta con una zona de altos niveles de contaminación, la cual está compuesta por los barrios Jorge Eliécer Gaitán, Doce de Octubre, San Fernando, San Fernando Occidental, La Libertad y Simón Bolívar (en la UPZ Doce de Octubre), La Paz, Siete de Agosto, Once de Noviembre (en la UPZ Alcázares) El Barrio Rio Negro (en la UPZ Andes) y el Barrio el Rosario (en la UPZ Parque el Salitre). Las fuentes de mayor contaminación en esta área, y en general en toda la localidad, son las vías principales y secundarias debido a los altos niveles de ruido,

gases tóxicos y la fuerte contaminación visual por causa de las excesivas vallas publicitarias. A su vez, esto conlleva a un manejo inadecuado de sustancias peligrosas que afectan la salud de los trabajadores, transeúntes y residentes.

Así mismo, la localidad de Barrios Unidos yace sobre una zona plana (con algunas ondulaciones) cuya red de captación de aguas lluvias y negras es una de las más amplias de la ciudad: El río Salitre, debidamente canalizado, está compuesto por las sub cuencas de los ríos Arzobispo, Río Negro, Córdoba y por las aguas de quebradas nacientes en los Cerros Orientales. Las fábricas y talleres son fuentes constantes de residuos sólidos que terminan por ser parte del flujo del río El Salitre, generando dificultades que agudizan los problemas de contaminación en los canales de agua, principalmente en las intersecciones entre la Urbanización Entrerrios y Cafam de La Floresta, en la que los residentes constantemente acusan malos olores.

Por otra parte, y según el recorrido rápido, en la localidad se presentan situaciones similares en las que se presenta el inadecuado manejo de residuos sólidos y excretas de animales; consumo de sustancias psicoactivas en grupos de jóvenes y daño en los bienes públicos (parques). Esta problemática se incrementa cuando hay eventos de entretenimiento como partidos de fútbol o conciertos, donde la acumulación de personas hace que se multipliquen los residuos sólidos como basuras, intensificándose en el barrio 12 de octubre y en las zonas y barrios aledaños al Estadio el Campin, como lo es el Barrio Galerías.

La localidad no tiene riesgos por deslizamientos, sin embargo, sus canales se han convertido en focos de problemáticas como: generación de olores ofensivos, proliferación de plagas, vertederos de residuos sólidos y líquidos, lugares para expendio de sustancias psicoactivas y encharcamientos en épocas lluviosas en barrios aledaños debido a la devolución de aguas negras por la red de alcantarillado (8).

"En un ejercicio de reconocimiento territorial se observó un fuerte cambio en el uso del suelo en las UPZ de Andes y Alcázares caracterizado por un auge del sector comercial de mecánica, metalurgia, latonería y pintura. Esta dinámica económica no solo ha propiciado la acumulación

de población flotante, sino que ha promovido redes de trabajo informal, inseguridad y focos de contaminación evidenciados en las laderas del río Salitre.

A diferencia de fenómenos como Engativá o Suba, en la localidad no se encuentra un fuerte desarrollo urbanístico sino por el contrario existe una adecuación de las antiguas estructuras (incluso un abandono de las mismas) a los nuevos negocios o inquilinatos, concentrándose el fenómeno en la UPZ 12 de Octubre. Es de anotar que los eventos notificados de mortalidad materno infantil, según el análisis a partir del recorrido por la localidad, no aparentan tener relación con las condiciones vulnerables del territorio, pues los puntos de concentración se ubican en zonas acomodadas y de gran esparcimiento recreativo: zonas verdes, aseo, seguridad.

### 2.3 Dimensión social

Por ser una de las localidades céntricas de la ciudad, su población ha venido en crecimiento debido a la construcción de vivienda horizontal y a su ubicación céntrica para desplazarse más “fácilmente” a cualquier otro punto de la ciudad. Esto, sin lugar a dudas, genera una demanda de los servicios de salud, lo cual se ve reflejado en las siguientes cifras.

Se evidencia un aumento en el sistema de afiliación contributivo al pasar de 178.815 personas (82,5 %) en el 2011 a 195.107 (86,8 %) usuarios en 2014. Por el contrario, los regímenes especiales descendieron de 4,4% a 2,6%. Así mismo, es relevante mencionar la disminución también del número de personas afiliadas al régimen subsidiado que pasó de 28.173 personas (13,0 %) en el 2011 a 23.214 usuarios (10,3 %) en 2014 (9).

Si bien el número de la población ha aumentado, no lo ha hecho con la misma velocidad la población infantil. Esto se refleja en el número de la población en edad escolar en Barrios Unidos, la cual va disminuyendo como consecuencia de los bajos índices de fecundidad, aun así Barrios Unidos es un centro de aglomeración educativo dentro de Bogotá por lo que tiene un gran equipamiento en el área. Para 2014 en Barrios Unidos hubo una disminución en la asistencia escolar de la población de 5 años y más, en todos los grupos de edad, al pasar de 28,9 % en 2011 a 28,7 % en 2014, esto debido a la dinámica de crecimiento poblacional (9).

Ahora bien, la dinámica de la localidad frente a la ocupación, evidencia que la mitad de su población está formalmente laborando, y la otra mitad se encuentra en condición de desempleo. Esto se evidencia en el número de ocupados en Barrios Unidos, que representan el 3,3 % del total ocupado en la ciudad y los desocupados representan el 2,7 % del total en la ciudad.

La población que posee un trabajo y la dinámica laboral de la actualidad, donde los horarios de trabajo (formal) y las responsabilidades familiares (el cuidado de hijos o de padres adultos mayores) hacen que el tiempo sea limitado, por ejemplo: preparar un almuerzo para el día siguiente, preparar la lonchera de su hijo para el colegio, dejando la responsabilidad de su alimentación al cuidado del colegio. Esto genera un estilo de vida no saludable de la población, lo cual incrementa el riesgo para padecer algún tipo de enfermedad crónica en un futuro cercano. Lo anterior se debe a que los individuos cada vez se ocupan menos de sus cuerpos y de su propia salud. El porqué de esta situación va en aumento, los determinantes intermedios están asociados entonces al modelo laboral estricto para el trabajador, y proximal, en lo que corresponde al individuo que no busca alternativas sanas de alimentación saludable y no realiza actividad física moderada. Sin mencionar, adicionalmente, que la problemática estructural reside en el contexto económico y laboral colombiano, donde los trabajos y/o empresas, exigen un tiempo completo de 8 o más horas de sus trabajadores (10).

Pero no todos los habitantes de la localidad tienen la fortuna de tener un empleo formal. El empleo informal es una actividad que se experimenta en las calles de la localidad. Los trabajadores y trabajadoras informales se dedican a la venta ambulante en puestos móviles, ferias estacionarias, kioscos y corredores viales primarios y secundarios, situándose en su mayoría en los barrios localizados de la UPZ 12 de Octubre.

En dichos puntos pueden estar niños, niñas y adolescentes trabajando, expuestos a los riesgos propios según la labor que desempeñen. Las principales actividades en las que son vinculados los menores son: reciclaje, comercio de artículos, salas de belleza y producción de alimentos. Esta dinámica sucede por la falta de oferta de trabajo formal, al igual que la falta de educación y cualificación de los ciudadanos para trabajos formales, y por la falta de oportunidades de cualificación hacia los ciudadanos que no garantiza el Estado.

Los determinantes a asociar son de carácter estructural, frente a la falta de oportunidades ofertadas por el Estado y el mercado laboral, e intermedio por la poca oferta de trabajo y las malas condiciones laborales que sobreabundan en la localidad. Trabajos con poca cualificación, con extensas jornadas, que según experiencias pueden superar las 12 horas diarias, con pagos que no sobrepasan el salario mínimo legal en muchos casos.

## 2.4 Dimensión económico

Frente a esta situación laboral dispar de la localidad, es importante conocer la estructura económica de la localidad, donde predomina el estrato 3. La UPZ Doce de octubre se divide en un 56,1 % de los habitantes de ubicados en estrato medio y el 43,5 % en el estrato medio-bajo, representando en su conjunto el 99,7 % del total de la población (100.169 personas). En la UPZ de los Alcázares el 81,6 % de los habitantes se encuentra en el estrato medio-bajo y el 18,4 % en el medio; resultados que equivalen al 99,9 % del total de personas en esta última UPZ (82.513) (9).

Barrios Unidos es una localidad con un alto índice de mejor condición de vida, 95, lo que lo sitúa tres puntos por encima del promedio distrital; y para 2014 el valor por número de hogares pobres por NBI fue de 2,5 %, casi dos puntos por debajo del Distrito 4,2 %. A pesar de ello, para el mismo año la localidad tuvo una línea de indigencia de 8.874 personas en indigencia por ingresos, es decir, el 3,7 % de la población. Al observar el déficit por tipo de carencia relacionado con la existencia de hogares con hacinamiento, cohabitación, carencia en estructura (déficit cualitativo), se encuentra que Barrios Unidos está dentro de las localidades que presenta carencia en estructura, hogares en viviendas construidas en materiales inestables, madera burda, tabla, tablón, guadua, caña, esterilla, otro tipo de material vegetal, zinc, tela, lona, cartón, latas, desechos, plástico, sin paredes, específicamente en las UPZ 12 de Octubre y Alcázares (11).

En consecuencia, a lo anterior, y por la dinámica laboral informal, se evidencia el aumento de los establecimientos comerciales donde venden alimentos preparados. Estos establecimientos se caracterizan por no tener un control adecuado en la manipulación de los alimentos. Esto sucede por consecuencia de un bajo control por parte de las instituciones sanitarias, y de un

vacío legal que regule con sanciones, los restaurantes o puestos de comida rápida callejera (12).

Igualmente, la localidad en el barrio como el 7 de agosto, se concentran las actividades comerciales como mecánica, oficinas y restaurantes. Esta zona es definitivamente diferente a la zona residencial de la localidad. Con dinámicas diferentes y problemáticas que se evidenciaron anteriormente en la sección ambiental.

Por otro lado, el sector informal de los trabajadores, tiene una dinámica en la que los accidentes laborales tienen una relación directa con la enfermedad de origen laboral. Es por esto que de los 145 accidentes investigados, el 100 % de esos accidentes fueron en el trabajo informal. Es el sexo masculino el más afectado en los accidentes laborales 62,1 %, mientras que son mujeres las que padecen una enfermedad de origen laboral 60 %. La mayoría de los trabajadores informales tienen estudios de secundaria incompleta y completa, siendo el 61,4 % de la población informal de la localidad, compartiendo los estratos 2 y 3 de la localidad. Las ocupaciones con más participación informal son de mecánico ajustador y cocineros los cuales suman 59,3 %.

A partir de estas actividades, las lesiones que más se repiten en los trabajadores informales, están relacionadas con las actividades mencionadas anteriormente, siendo las heridas 49,7 % y las quemaduras 29,7 % los accidentes más frecuentes. La parte del cuerpo más comprometidas en los accidentes laborales del sector informal, están concentrados en las manos, dedos y miembros superiores, sumando un total de 93,1 % (13).

## 2.5 Conclusiones

La localidad presenta una población heterogénea en términos económicos, así mismo en su contexto paisajístico y urbanístico. Las zonas residenciales planificadas y construidas verticalmente, se diferencian de la construcción de casas o barrios populares como San Fernando o 12 de Octubre. Generando también una clasificación de las actividades económicas, donde se centra en el 7 de agosto una zona comercial. Estas dinámicas diferentes entre una zona y otra, generan problemáticas y riesgos de salud que pueden ser reducidas

mediante la intervención institucional, con un accionar que prevenga las enfermedades de origen laboral y prevenibles con un estilo de vida saludable.

Se identifica que la población infantil sigue siendo elemento de trabajo para familias de escasos recursos. De la misma manera, la oferta de trabajo informal en las calles de la localidad, sobre todo en las zonas barriales populares, sigue en aumento. La localidad tiene zonas de rumba como lo es el barrio Galerías, al igual que compartir territorio con el Estadio El Campín. Esto evidentemente genera problemáticas como contaminación auditiva por ruidos, aumento de la inseguridad en días de partidos o eventos de entretenimiento alrededor del estadio.

La UPZ 12 de Octubre, presenta y Los Andes, presentan las problemáticas más profundas en cuanto a diversidad y concentración de las mismas. Problemáticas como la malnutrición, embarazo en adolescente, crecimiento de la población, contaminación del aire; junto con un proceso socioeconómico del cambio en el uso del suelo e informalidad laboral, genera en esta zona un entretrejido de fenómenos sociales y económicos que problematizan y afectan la calidad de vida de la población habitante en estas zonas priorizadas, haciendo urgente el accionar institucional transversal, con el fin de mitigar los determinantes sociales más próximos y generar estrategias a largo plazo para impactar en los determinantes estructurales e intermedios que causan las problemáticas identificadas en la localidad.



### 3. CAPÍTULO III. MORTALIDAD Y MORBILIDAD

El presente apartado muestra el resultado del análisis de la mortalidad y morbilidad de la localidad de Barrios Unidos. Para el caso de mortalidad se presenta el análisis por grandes causas y subgrupos de los años 2012 a 2014, que corresponde a la agrupación 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud; finalmente se muestra el comportamiento de la mortalidad evitable la cual se analiza en términos de diferencias relativas con relación a los indicadores de la ciudad de Bogotá para el periodo 2009 a 2016.

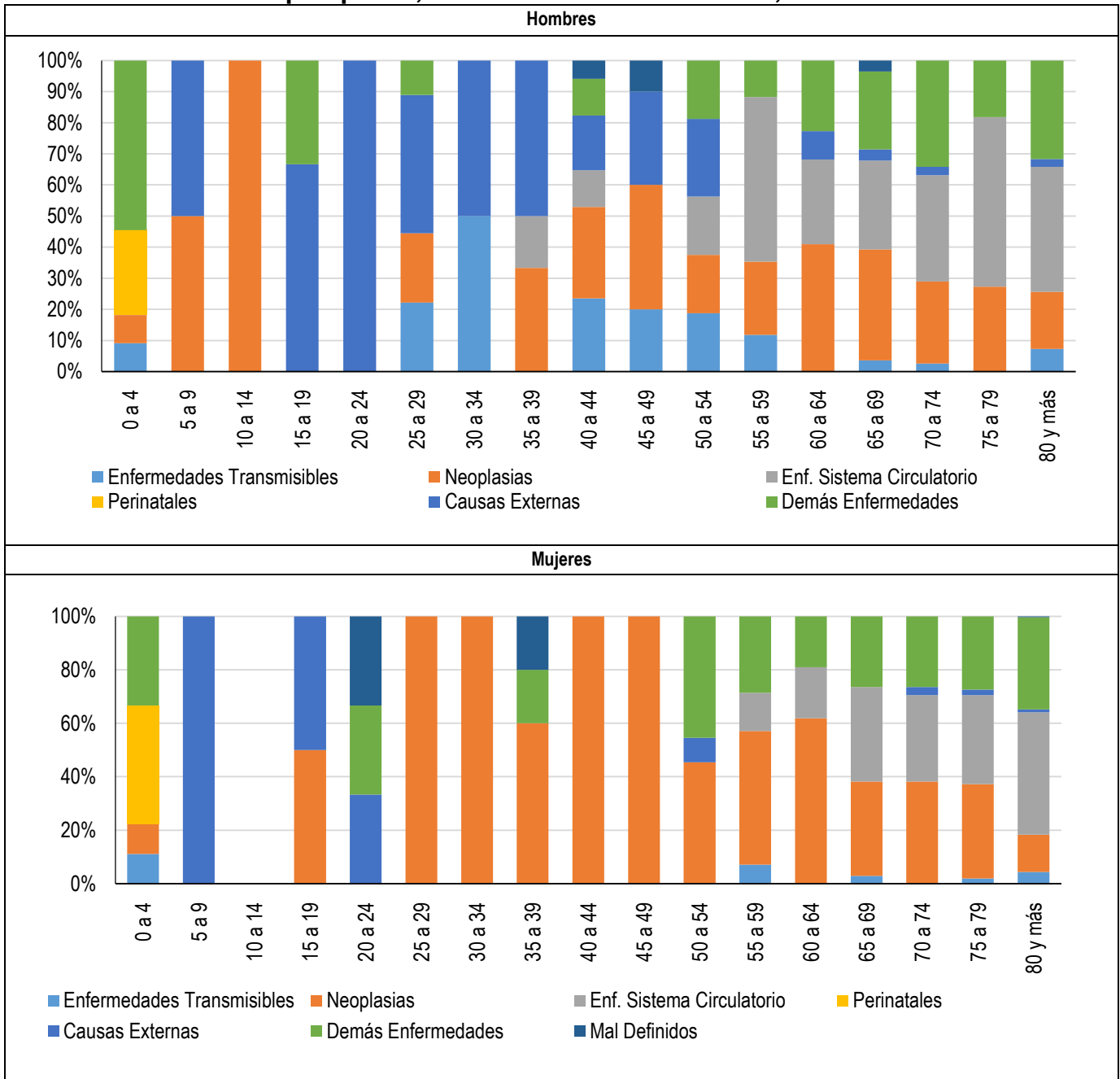
De igual forma, para la descripción de la morbilidad se presenta la información de los Registro Individual de Prestación de Servicios de salud (RIPS) y el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) junto con los registros de los subsistemas de vigilancia epidemiológica de Bogotá del 2016, de acuerdo con las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública.

### **3.1 Mortalidad**

#### **3.1.1 Mortalidad general por grandes causas 6/67**

Para el año 2014 en Barrios Unidos, ocurrieron 870 muertes (365 por cada 100.000 habitantes) donde el 54,3 % correspondió a mujeres, con una edad promedio de muerte de 73,1 años. Comparado con el 2012, hubo un incremento del 2 % en el número de defunciones y de 0,5 % en la tasa cruda de mortalidad (14). Según sexo y edad quinquenal, las afecciones del periodo perinatal y las demás causas en menores de cinco años fueron la principal causa de muerte en ambos sexos, de igual forma hubo coincidencia para el grupo de enfermedades del sistema circulatorio observándose tendencia creciente desde los 50 años en hombres y 55 años en mujeres. En hombres entre los 15 y 39 años la mayor proporción de muertes fueron atribuidas a lesiones de causa externa, mientras en mujeres las neoplasias fueron las más representativas principalmente entre los 10 a 25 y 74 años (figura 5).

**Figura 5. Proporción de muertes según grandes causas lista 6/67 OPS, por sexo y edad quinquenal, localidad de Barrios Unidos, 2014**



Fuente: Base de datos DANE-RUAF\_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012 -2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016).

Respecto al comportamiento de la mortalidad por grandes causas, en 2014 las enfermedades del sistema circulatorio y las demás causas fueron las más representativas, con incremento del 1,1 % y reducción del 13,5 % respectivamente frente a 2012. Según sexo, las enfermedades del sistema circulatorio presentaron incremento del 15,7 % en hombres y

reducción del 8,2 % en mujeres con respecto a 2012. En el 2014 la tasa más baja fue signos y síntomas mal definidos con incremento del 8,1% con respecto al 2012. Tanto en hombres como en mujeres la reducción más significativa fue en la tasa de mortalidad por afecciones perinatales en 37,8 % y 102,7 % respectivamente (14) (tabla 5).

**Tabla 5. Tasas ajustadas de mortalidad según grandes causas y sexo.  
Lista 6/67 OPS, localidad de Barrios Unidos, 2012-2014**

Grandes Causas	Hombres				Mujeres				Total			
	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia
Enfermedades transmisibles	22,0	25,2	<b>22,8</b>		12,5	11,1	<b>7,4</b>		17,0	17,3	<b>14,4</b>	
Neoplasias	62,1	78,9	<b>65,8</b>		57,8	58,8	<b>64,9</b>		59,2	67,4	<b>65,0</b>	
Enfermedades sistema circulatorio	74,9	84,3	<b>86,7</b>		77,2	75,8	<b>70,8</b>		77,2	80,1	<b>78,1</b>	
Afecciones periodo perinatal	6,4	8,0	<b>4,0</b>		2,8	13,6	<b>5,7</b>		4,7	10,7	<b>4,8</b>	
Causas externas	28,3	16,2	<b>28,0</b>		9,2	5,4	<b>7,1</b>		18,0	10,7	<b>17,0</b>	
Las demás causas	81,7	76,2	<b>70,6</b>		74,7	61,9	<b>64,8</b>		78,5	67,4	<b>67,9</b>	
signos y síntomas mal definidos	2,9	4,3	<b>2,3</b>		1,1	2,6	<b>2,1</b>		2,0	3,4	<b>2,2</b>	

\*Punto rojo: dato más alto; Punto verde: dato más bajo.

Fuente: Base de datos DANE-RUAF\_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012 -2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016).

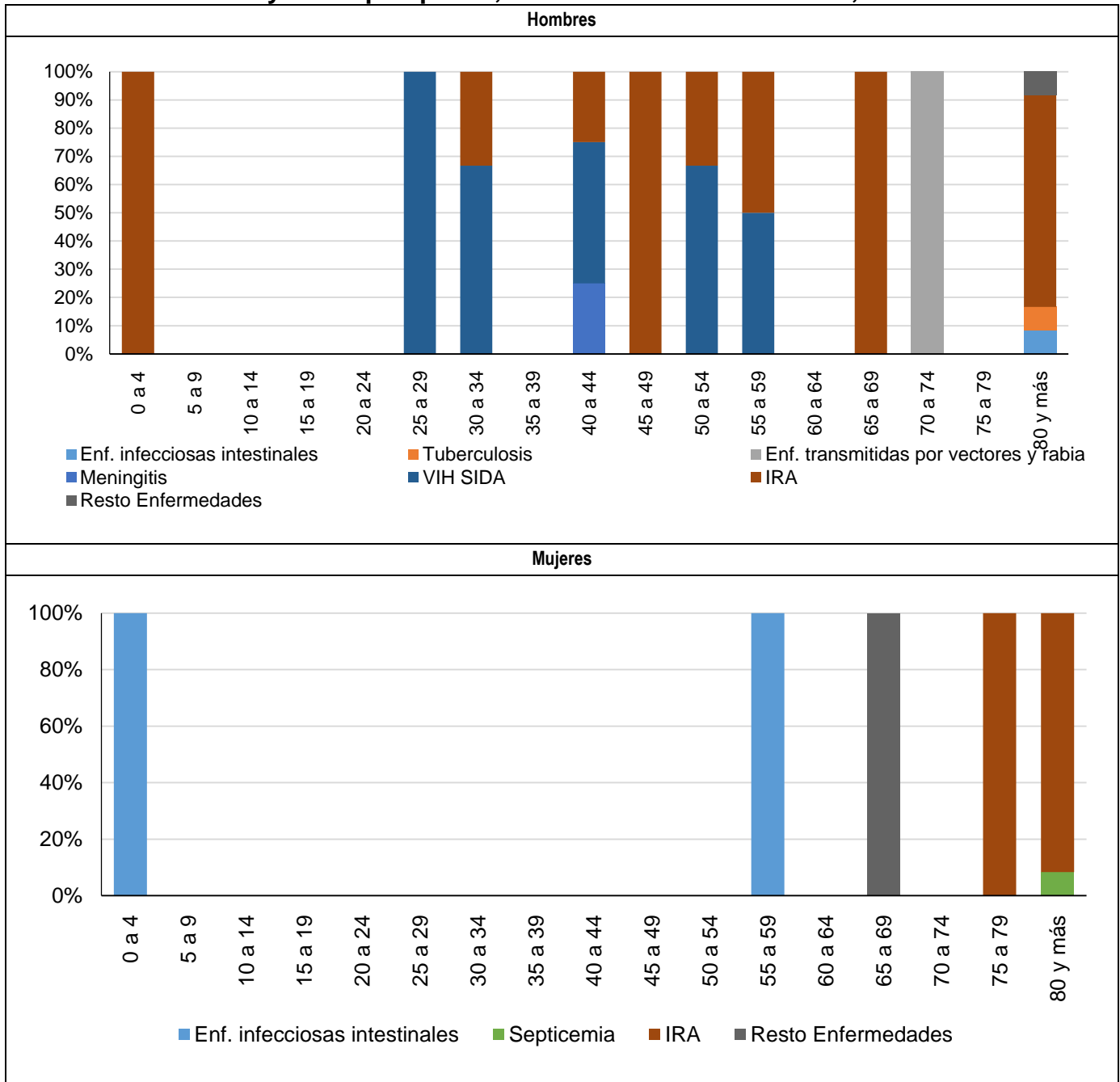
En comparación con la Subred Norte y las localidades que la integran, para 2014 Barrios Unidos comparte la primera causa de mortalidad dentro de este grupo, siendo la tasa de mortalidad por enfermedades circulatorias un 1,1 % superior al valor de la Subred (125,7 defunciones por cada 100.000 habitantes). Por su parte Chapinero presentó la tasa de mortalidad más alta por esta causa (185,04 defunciones por cada 100.000 habitantes), mientras Suba obtuvo el valor más bajo (107,04 defunciones por cada 100.000 habitantes).

### 3.1.2 Mortalidad por subgrupos según agrupación 6/67

#### Enfermedades transmisibles

Para el 2014 en Barrios Unidos, ocurrieron 47 muertes (19,7 por cada 100.000 habitantes), con una reducción de 13 % en el número de casos y del 14,2 % en la tasa cruda de mortalidad comparado con el año 2012 (14). Según sexo y edad quinquenal, para este grupo no se presentaron defunciones en hombres de 5 a 25 años y en mujeres de 5 a 55 años; la Infección Respiratoria Aguda - IRA, fue la principal causa de muerte en ambos sexos, seguida por VIH/SIDA en hombres y enfermedades infecciosas intestinales en mujeres, con mayor proporción en edades entre los 25 a 60 años y menores de cinco respectivamente (figura 6).

**Figura 6. Proporción de muertes por enfermedades transmisibles 6/67 OPS, según sexo y edad quinquenal, localidad de Barrios Unidos, 2014**



Fuente: Base de datos DANE-RUAF\_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012 -2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016).

Dentro de este grupo, la tasa de mortalidad más alta en 2014 fue por Infecciones Respiratorias Agudas con reducción del 17,3 % frente a 2012; por sexo la tasa incrementó en hombres en 5,8 %, mientras en mujeres se presentó reducción del 46,5 % respecto a 2012. En 2014 no se registraron muertes por enfermedades inmunoprevenibles. Según sexo, el mayor incremento

de mortalidad en hombres se presentó por Tuberculosis (100 %), mientras en mujeres fue por enfermedades infecciosas intestinales (61,8 %) (14) (Tabla 6).

**Tabla 6. Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades transmisibles según sexo. Lista 6/67 OPS, localidad de Barrios Unidos, 2012-2014**

Enfermedades Transmisibles	Hombres				Mujeres				Total			
	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia
Enfermedades infecciosas intestinales	1,3	0,0	<b>0,6</b>		1,2	0,0	<b>1,9</b>		1,2	0,0	<b>1,2</b>	
Tuberculosis	0,0	1,4	<b>0,6</b>		0,5	0,0	<b>0,0</b>		0,3	0,6	<b>0,2</b>	
Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	0,6	0,0	<b>0,8</b>		0,0	0,0	<b>0,0</b>		0,3	0,0	<b>0,3</b>	
Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	1,3	0,8	<b>0,0</b>		0,0	0,0	<b>0,0</b>		0,7	0,4	<b>0,0</b>	
Meningitis	2,2	1,0	<b>0,9</b>		0,0	0,0	<b>0,0</b>		1,1	0,5	<b>0,4</b>	
Septicemia, excepto neonatal	0,0	0,0	<b>0,0</b>		0,6	0,4	<b>0,4</b>		0,4	0,2	<b>0,2</b>	
Enfermedad por el VIH (SIDA)	3,8	6,0	<b>7,1</b>		0,0	1,0	<b>0,0</b>		1,8	3,4	<b>3,4</b>	
Infecciones respiratorias agudas	11,5	15,2	<b>12,1</b>		8,5	9,2	<b>4,6</b>		9,7	11,7	<b>8,1</b>	
Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1,3	0,7	<b>0,6</b>		1,6	0,5	<b>0,6</b>		1,6	0,6	<b>0,5</b>	

\*Punto rojo: dato más alto; Punto verde: dato más bajo.

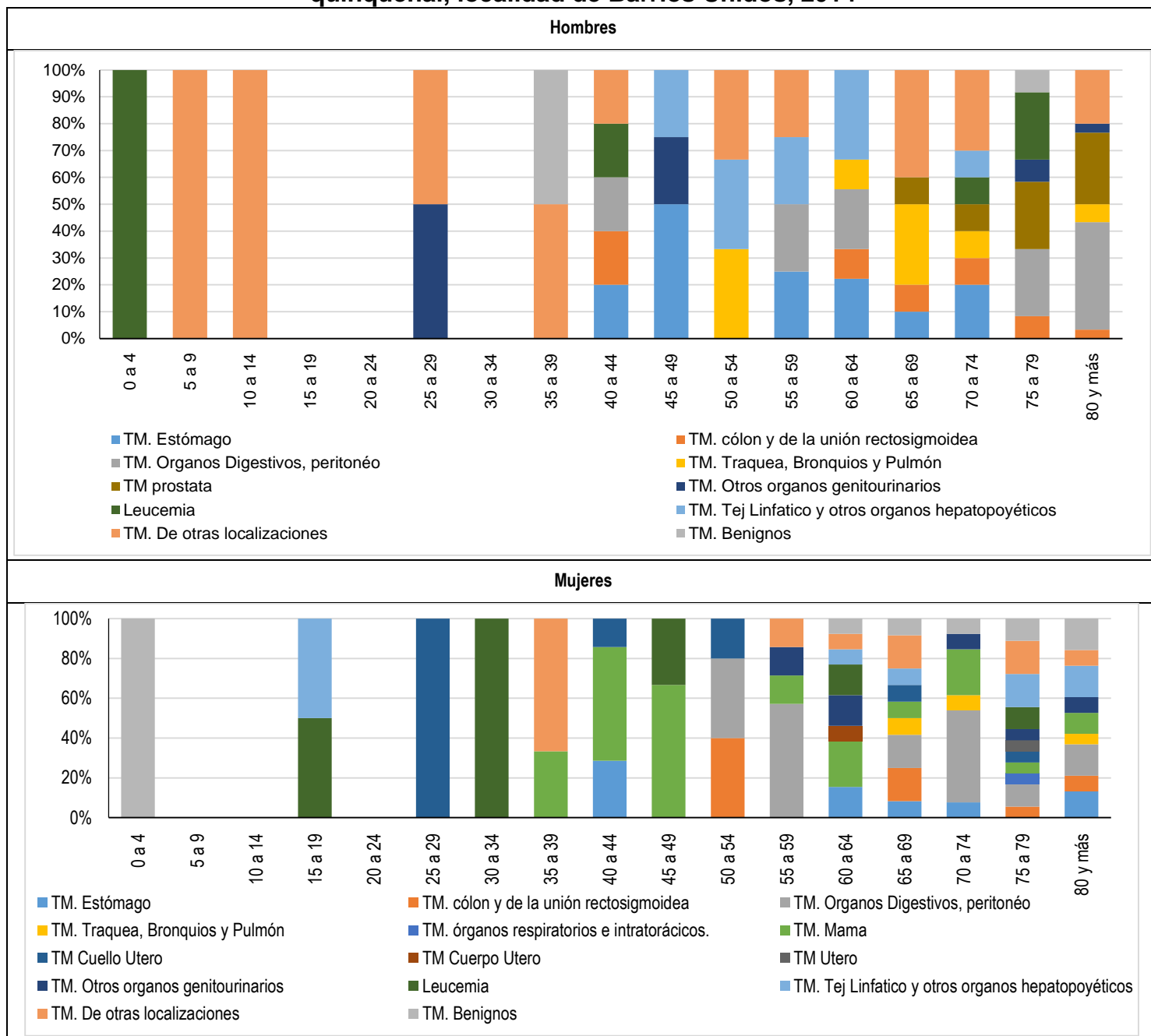
Fuente: Base de datos DANE-RUAF\_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012 -2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016).

En comparación con la Subred Norte y las localidades que la integran, para 2014 Barrios Unidos comparte la primera causa de mortalidad dentro de este grupo, siendo la tasa de mortalidad por Infecciones Respiratorias Agudas un 5,0 % inferior al valor de la Subred (12,8 defunciones por cada 100.000 habitantes). Por su parte Chapinero obtuvo la tasa de mortalidad más alta por esta causa (26,9 defunciones por cada 100.000 habitantes), mientras Engativá presentó el valor más bajo (9,7 defunciones por cada 100.000 habitantes).

## Neoplasias

En 2014 para este grupo ocurrieron 218 defunciones (91,5 por cada 100.000 habitantes) con un incremento de 14,7 % en el número de casos y del 13,1 % en la tasa cruda de mortalidad comparado con el año 2012 (14). Según sexo y edad quinquenal, el tumor de órganos digestivos y peritoneo, excepto estómago y colon fue el de mayor proporción en mujeres entre los 50 y 70 años, por su parte en hombres los tumores de otras localizaciones fueron los más significativos en edades entre los cinco y los 40 años (figura 7).

**Figura 7. Proporción de muertes por neoplasias 6/67 OPS, según sexo y edad quinquenal, localidad de Barrios Unidos, 2014**



Fuente: Base de datos DANE-RUAF\_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012 -2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016).

Para este grupo en 2014, la tasa de mortalidad más alta correspondió al tumor maligno de 6rganos digestivos y del peritoneo, excepto est6mago y col6n, con incremento del 19,7 % respecto a 2012; para esta causa se evidenci6 incremento del 16,9 % en hombres y 32,1 % en mujeres. En contraste, las tasas crudas más bajas fueron para el tumor maligno del 6tero y de

órganos respiratorios e intratorácicos. Según sexo, en mujeres se observó el mayor incremento para tumor maligno de mama y en hombres en tumor maligno de órganos genitourinarios con 2,8 y 2,3 muertes más por cada 100 000 habitantes, respectivamente (14) (tabla 7).

**Tabla 7. Tasas ajustadas de mortalidad por neoplasias según sexo.  
Lista 6/67 OPS, localidad de Barrios Unidos, 2012-2014**

Neoplasias	Hombres				Mujeres				Total			
	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia
Tm. Del estómago	8,6	11,0	6,3		6,9	5,0	5,6		7,5	7,6	6,1	
Tm. Del colon y de la unión rectosigmoidea	6,1	6,0	4,2		2,4	5,6	3,9		3,9	5,8	4,1	
Tm. De los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	10,4	16,4	12,1		8,4	6,5	11,0		9,3	10,8	11,1	
Tm. De la tráquea, los bronquios y el pulmón	6,4	4,4	5,4		2,7	2,6	1,9		4,3	3,4	3,4	
Tm. De los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	0,0	1,4	0,0		1,2	1,2	0,5		0,7	1,3	0,3	
Tm. De la mama de la mujer	N/A	N/A	N/A		3,0	7,2	11,6		1,7	4,0	6,4	
Tm. Del cuello del útero	N/A	N/A	N/A		1,8	2,7	3,2		1,0	1,5	1,7	
Tm. Del cuerpo del útero	N/A	N/A	N/A		3,6	0,5	0,5		2,0	0,3	0,3	
Tm. Del útero, parte no especificada	N/A	N/A	N/A		1,5	0,6	0,5		0,9	0,3	0,3	
Tm. De la próstata	9,1	10,1	8,5		N/A	N/A	N/A		3,7	4,1	3,3	
Tm. De otros órganos genitourinarios	0,9	4,7	2,9		4,5	7,5	3,6		3,0	6,3	3,4	
Leucemia	3,0	4,6	5,0		4,2	1,4	4,4		3,4	2,8	4,6	
Tm. Del tejido linfático, otros órganos hematopoyéticos y tejidos afines	3,3	6,2	4,5		4,0	5,1	5,7		3,6	5,5	5,4	
Tm. De otras localizaciones y de las no especificadas	11,5	9,8	15,3		11,1	8,5	6,3		11,6	9,0	10,4	
Tumores in situ, benignos y de comportamiento incierto o desconocido	2,8	4,3	1,6		2,6	4,6	6,2		2,7	4,6	4,3	

\*Punto rojo: dato más alto; Punto verde: dato más bajo. Tm: Tumor Maligno

Fuente: Base de datos DANE-RUAF\_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012 -2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016).

Comparado con la Subred Norte y las localidades que la integran, para 2014 Barrios Unidos comparte la primera causa de mortalidad dentro de este grupo (excepto Chapinero), siendo la tasa de mortalidad por tumor maligno de órganos digestivos y peritoneo, excepto estómago y colon un 0,4 % inferior al valor de la Subred (17,3 defunciones por cada 100.000 habitantes). Por su parte Teusaquillo obtuvo la tasa de mortalidad más alta por esta causa (21,97 defunciones por cada 100.000 habitantes), mientras Engativá presentó el valor más bajo (14,54 defunciones por cada 100.000 habitantes).

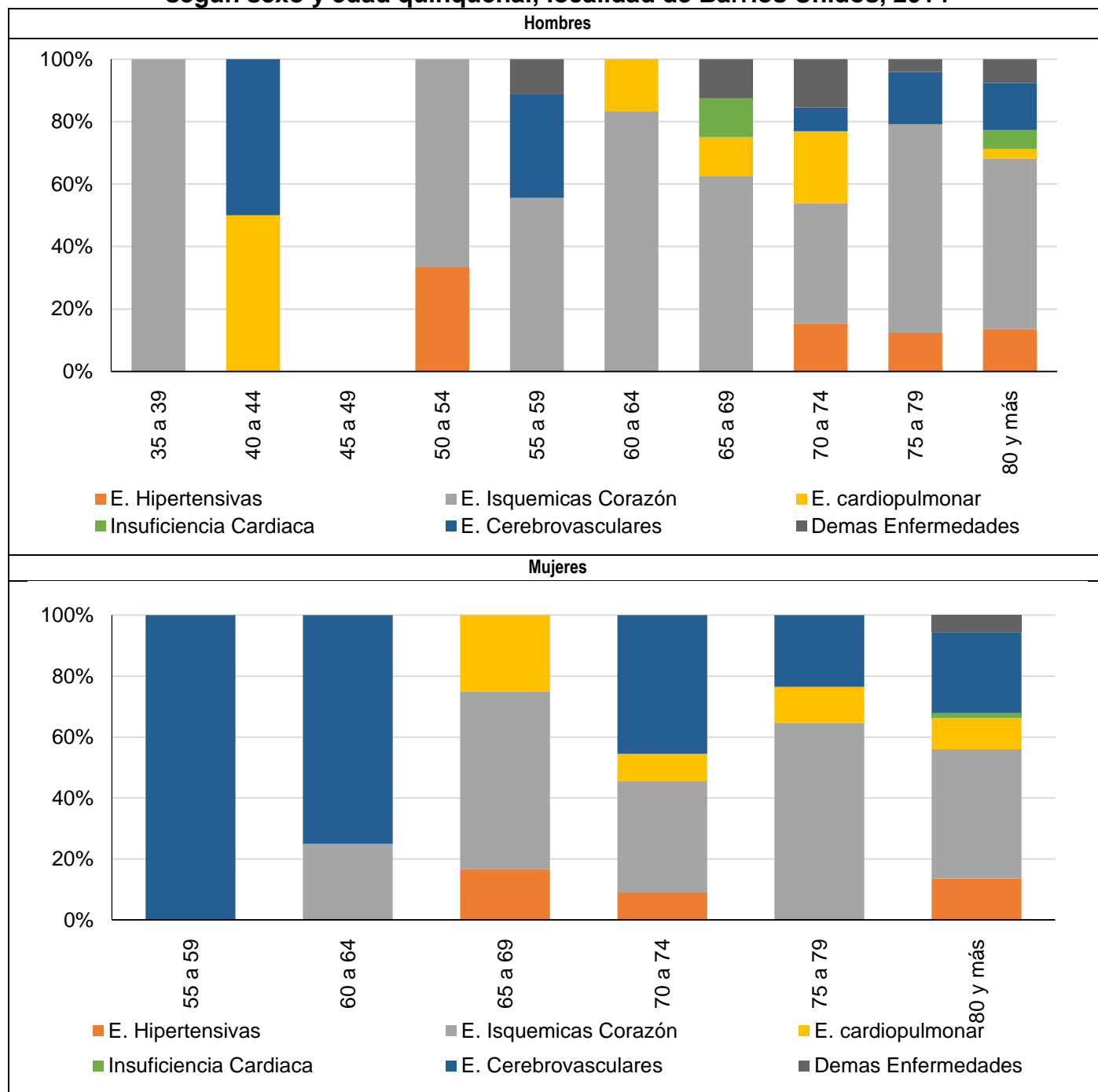
## Enfermedades del sistema circulatorio

Para el año 2014 ocurrieron 303 muertes (127,1 por cada 100.000 habitantes) con un incremento de 7,8 % en el número de casos y del 6,3 % en la tasa cruda de mortalidad comparado con el año 2012 (14). Según sexo y edad quinquenal, para este grupo no se presentaron defunciones en hombres y mujeres menores de 35 55 años respectivamente. Las enfermedades isquémicas del corazón seguido de las enfermedades cerebro vasculares



fueron las de mayor proporción en ambos sexos, siendo más relevantes en hombres de 35 a 39 años y de 50 años en adelante, y en mujeres mayores de 60 años. En hombres menores de 35 años y en mujeres menores 55 años no se presentaron muertes por esta causa (figura 8).

**Figura 8. Proporción de muertes por enfermedades del sistema circulatorio 6/67 OPS, según sexo y edad quinquenal, localidad de Barrios Unidos, 2014**



Fuente: Base de datos DANE-RUAF\_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012 -2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016).

En este grupo, la principal causa de muerte en 2014 correspondió a enfermedades isquémicas del corazón, con un incremento de la tasa del 1,6 % con respecto a 2012, para esta causa se incrementó la mortalidad en hombres en un 13,7 % y en mujeres reducción del 7,2 % para el mismo periodo. En este grupo no se presentaron muertes por aterosclerosis y fiebre reumática en 2014, mientras la tasa más baja fue por las demás enfermedades del sistema circulatorio. Según sexo, el mayor incremento se evidenció en insuficiencia cardíaca para el caso de los hombres (130,2 %) y por enfermedades cerebrovasculares en mujeres (17,4 %) (14) (Tabla 8).

**Tabla 8. Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio según sexo. Lista 6/67 OPS, localidad de Barrios Unidos, 2012-2014**

Sistema Circulatorio	Hombres				Mujeres				Total			
	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia
Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	0,0	0,0	0,0		0,0	0,4	0,0		0,0	0,2	0,0	
Enfermedades hipertensivas	8,0	6,3	9,9		10,6	13,1	8,1		9,6	10,6	8,8	
Enfermedades isquémicas del corazón	43,0	50,2	48,8		34,2	30,0	31,7		38,4	38,8	39,0	
Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras del corazón	7,7	5,9	5,7		7,7	7,3	8,1		7,8	6,8	7,3	
Paro cardíaco	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	
Insuficiencia cardíaca	1,4	3,3	3,2		3,8	1,7	0,7		2,9	2,5	1,7	
Enfermedades cerebrovasculares	9,7	13,4	12,4		16,7	17,3	19,6		13,8	15,6	16,8	
Aterosclerosis	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	
Las demás enfermedades del sistema circulatorio	5,1	5,2	6,7		4,2	6,0	2,6		4,7	5,7	4,3	

\*Punto rojo: dato más alto; Punto verde: dato más bajo.

Fuente: Base de datos DANE-RUAF\_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012 -2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016).

Respecto al comportamiento observado en la Subred Norte y las localidades que la integran, para 2014 Barrios Unidos comparte la primera causa de mortalidad dentro de este grupo, siendo la tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón un 3,7 % menor al valor de la Subred (65,8 defunciones por cada 100.000 habitantes). Por su parte Chapinero obtuvo la tasa de mortalidad más alta por esta causa (100,5 defunciones por cada 100.000 habitantes), mientras Suba presentó el valor más bajo (53,3 defunciones por cada 100.000 habitantes).

### Afecciones del periodo perinatal

Para el año 2014 en la localidad de Barrios Unidos, ocurrieron 7 muertes (2,9 muertes por cada 100.000 habitantes) con una reducción del 1,4 % en la tasa cruda de mortalidad comparado con el año 2012 (14). Durante el periodo 2012 a 2014 no se presentaron defunciones por afecciones maternas y retardo del crecimiento fetal; en 2014 la principal causa de muerte fue

fetos y recién nacidos afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento, con 2,03 muertes más por cada 100.000 habitantes respecto a 2012 (tabla 9).

**Tabla 9. Tasas ajustadas de mortalidad por afecciones del periodo perinatal según sexo. Lista 6/67 OPS, localidad de Barrios Unidos, 2012-2014**

Afecciones del periodo Perinatal	Hombres				Mujeres				Total			
	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia
FRN. Afectados por ciertas afecciones maternas	0,0	0,0	0,0	→→→	0,0	0,0	0,0	→→→	0,0	0,0	0,0	→→→
FRN. Afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	0,0	5,3	1,3	↘↗	1,4	0,0	2,8	↘↗	0,7	2,7	2,1	↘↗
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	0,0	0,0	0,0	→→→	0,0	0,0	0,0	→→→	0,0	0,0	0,0	→→→
Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	5,1	2,7	2,7	↘→	1,4	5,1	0,0	↘↗	3,3	3,8	1,4	↘↗
Sepsis bacteriana del recién nacido	0,0	0,0	0,0	→→→	0,0	1,4	0,0	↘↗	0,0	0,7	0,0	↘↗
Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal	1,3	0,0	0,0	↘→	0,0	7,1	2,8	↘↗	0,7	3,4	1,4	↘↗

\*Punto rojo: dato más alto; Punto verde: dato más bajo. FRN: Feto o Recién Nacido

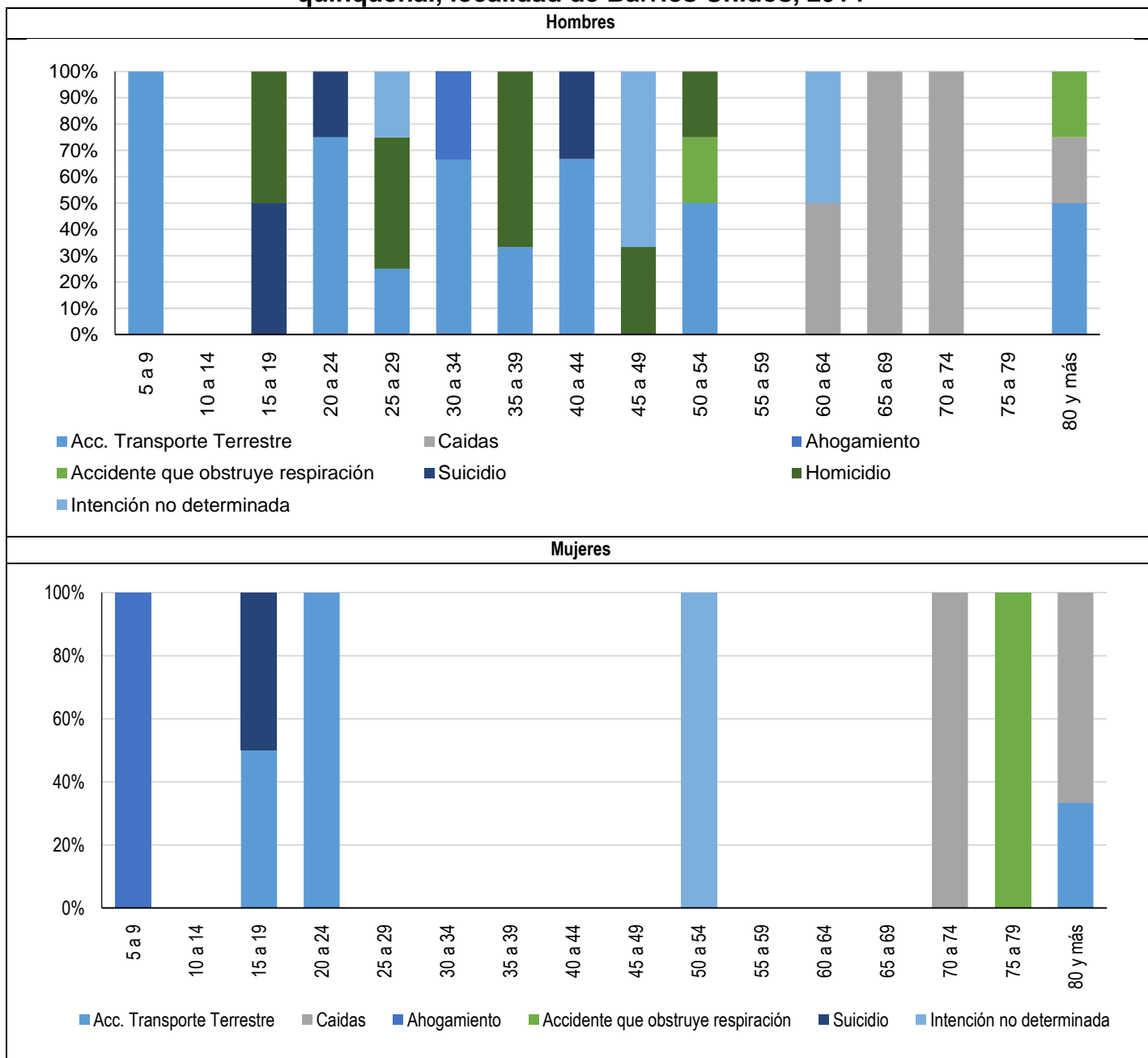
Fuente: Base de datos DANE-RUAF\_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012 -2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016).

Para este grupo, la primera causa de mortalidad en Barrios Unidos difiere del comportamiento de la Subred Norte, donde las otras afecciones del periodo perinatal fue principal causa (1,7 muertes por cada 100.000 habitantes). En cuanto a afecciones por complicaciones obstétricas y traumatismos en el nacimiento, la Localidad presentó una tasa superior a la Subred un 19,3 % (1,06 muertes por cada 100.000 habitantes).

### Causas Externas

En el 2014 por causas externas se registraron 45 muertes (18,9 por cada 100.000 habitantes), con una reducción del 2,2 % en el número de casos y de 3,6 % en la tasa cruda de mortalidad (14). Según sexo y edad quinquenal, no se presentaron muertes por este grupo de causas en menores de cinco años, ni en mujeres en edades entre los 25 a 50 y de 55 a 75 años de edad. Los accidentes de transporte terrestre ocuparon la mayor proporción en hombres de cinco a nueve años y entre 20 a 54 años; por su parte, en mujeres se observó una proporción similar de casos por accidentes de transporte y caídas, entre 15 a 24 años y mayores de 70 años respectivamente. En los hombres y mujeres menores de 5 años no se presentaron muertes por esta causa (figura 9)

**Figura 9. Proporción de muertes por causas externas 6/67 OPS, según sexo y edad quinquenal, localidad de Barrios Unidos, 2014**



Fuente: Base de datos DANE-RUAF\_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012 -2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016).

Los accidentes de transporte terrestre y las agresiones (homicidios) fueron las principales causas de mortalidad, con incremento del 40 % y reducción del 15,5 % frente a 2012 respectivamente. Los accidentes se incrementaron en hombres un 63,6 %, mientras en mujeres se evidenció reducción del 21,4 % en la tasa de mortalidad respecto a 2012. La tasa de mortalidad más baja dentro de este grupo fue por accidentes que obstruyen la respiración.

Según sexo, tanto en hombres como en mujeres se presentó incremento de la mortalidad por caídas (103,5 % y 70,1 % respectivamente) (14) (tabla 10).

**Tabla 10. Tasas ajustadas de mortalidad por causas externas según sexo.  
Lista 6/67 OPS, localidad de Barrios Unidos, 2012-2014**

Causas Externas	Hombres				Mujeres				Total			
	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia
Accidentes de transporte terrestre	7,1	0,0	11,6		2,9	1,7	2,3		4,8	2,6	6,7	
Los demás accidentes de transporte y los no especificados	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	
Caídas	1,3	1,3	2,7		0,8	0,9	1,3		1,0	1,1	2,0	
Accidentes por disparo de arma de fuego	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	
Ahogamiento y sumersión accidentales	1,8	0,0	0,9		1,3	0,0	1,4		1,6	0,0	1,1	
Accidentes que obstruyen la respiración	0,0	0,6	1,3		0,0	0,4	0,5		0,0	0,5	0,8	
Exposición a la corriente eléctrica	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	
Exposición al humo, fuego y llamas	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	
Envenenamiento accidental y exposición a sustancias nocivas	0,0	0,6	0,0		0,0	0,0	0,0		0,0	0,3	0,0	
Los demás accidentes	2,2	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0		1,1	0,0	0,0	
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	5,9	0,6	2,7		0,0	0,6	1,1		2,8	0,6	1,9	
Agresiones (homicidios)	5,6	5,7	5,9		1,7	1,4	0,0		3,4	3,6	2,9	
Eventos de intención no determinada	3,6	3,2	2,9		2,5	0,4	0,6		3,0	1,8	1,7	
Las demás causas externas	0,9	0,6	0,0		0,0	0,0	0,0		0,4	0,3	0,0	

\*Punto rojo: dato más alto; Punto verde: dato más bajo.

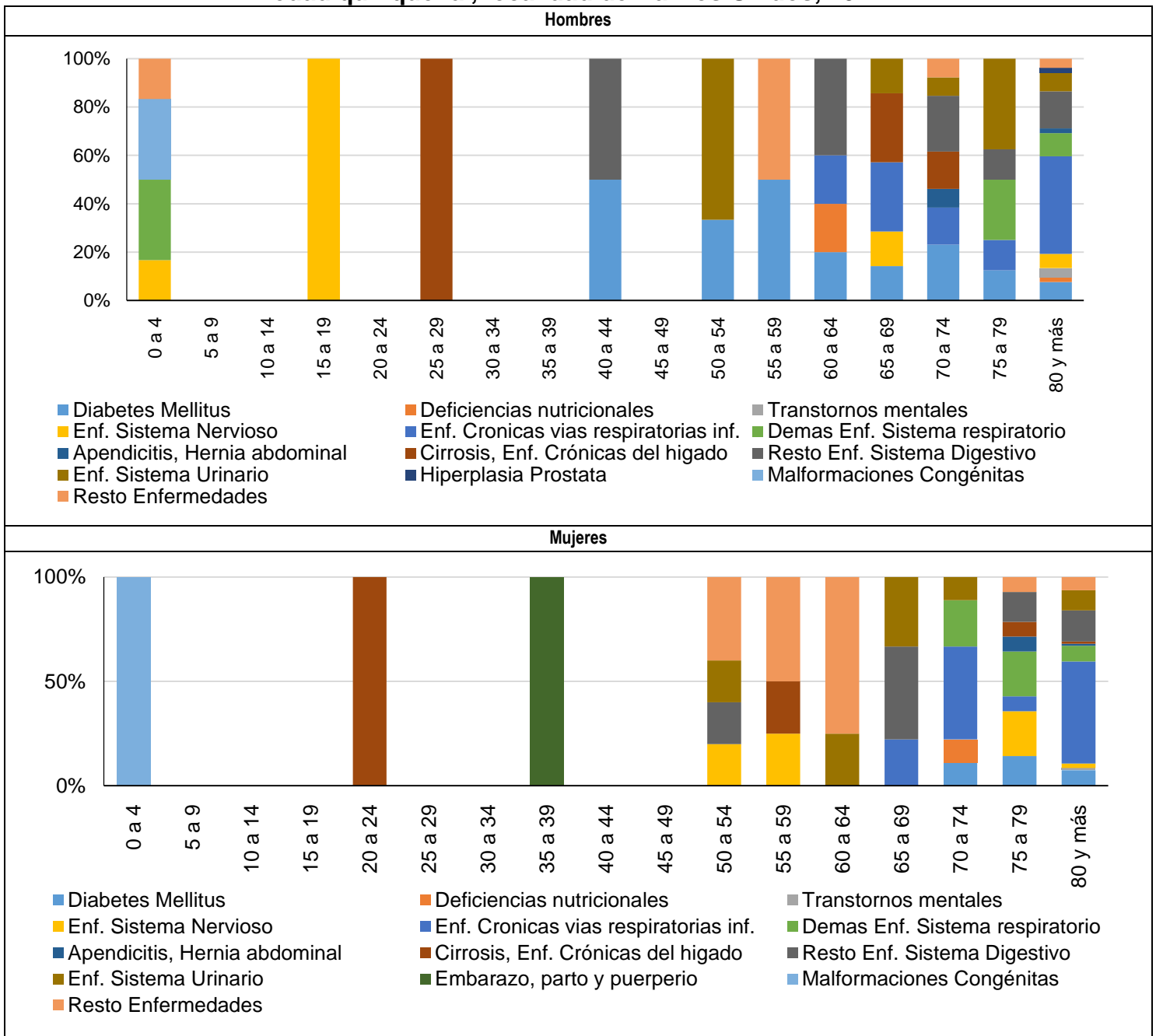
Fuente: Base de datos DANE-RUAF\_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012 -2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016).

Para este grupo Barrios Unidos comparte la primera causa de muerte con la Subred Norte y las localidades que la integran (excepto Usaquén y Suba), siendo la tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre 6,4 % superior al valor de la Subred (6,7 muertes por cada 100.000 habitantes). Por su parte Teusaquillo obtuvo la tasa de mortalidad más alta por esta causa (8,6 defunciones por cada 100.000 habitantes), mientras Usaquén presentó el valor más bajo (5,7 defunciones por cada 100.000 habitantes).

## Demás causas

Para el 2014 en la localidad de Barrios Unidos, ocurrieron 244 muertes (102,4 por cada 100.000 habitantes) con una reducción del 9,3 % en el número de casos y del 10,6 % en la tasa cruda de mortalidad comparado con el año 2012 (14). Según sexo y edad quinquenal, las mortalidades por esta causa se presentaron principalmente en mayores de 50 años de ambos sexos; las malformaciones congénitas en mujeres menores de cinco años fue la principal causa de muerte, para el caso de los hombres se observó una proporción similar con las defunciones por enfermedades del sistema respiratorio. De igual forma, hubo coincidencia para el grupo de enfermedades crónicas de las vías respiratorias, con mayor proporción en hombres desde los 60 años y en mujeres a partir de los 65 años, hasta los 79 años respectivamente (figura 10).

**Figura 10. Proporción de muertes por las demás enfermedades 6/67 OPS, según sexo y edad quinquenal, localidad de Barrios Unidos, 2014**



Fuente: Base de datos DANE-RUAF\_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012 -2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016).

En este subgrupo la principal causa de muerte fue por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, las cuales se incrementaron un 6,5 % en 2014 respecto a 2012; en mujeres, para esta causa se observó el mismo comportamiento con un aumento del 17,2 %, mientras en hombres la mortalidad por esta causa se redujo 9,7 %. Por el contrario, las tasas

más bajas dentro de este grupo fueron hiperplasia de próstata y embarazo, parto y puerperio. Según sexo, el mayor incremento en tasas de mortalidad fue por enfermedades del sistema nervioso en hombres (16 %) y por el resto de enfermedades del sistema respiratorio en mujeres (20,3 %) (14) (tabla 11).

**Tabla 11. Tasas ajustadas de mortalidad grupo demás enfermedades según sexo. Lista 6/67 OPS, localidad de Barrios Unidos, 2012-2014**

Demas Enfermedades	Hombres				Mujeres				Total			
	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia
Diabetes mellitus	9,3	13,3	<b>8,9</b>		7,3	9,2	<b>4,1</b>		8,3	8,7	<b>6,3</b>	
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	3,6	1,3	<b>1,2</b>		1,6	0,8	<b>0,6</b>		2,4	1,2	<b>0,8</b>	
Trastornos mentales y del comportamiento	0,0	0,0	<b>1,2</b>		0,0	0,0	<b>0,4</b>		0,0	0,0	<b>0,7</b>	
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	4,2	4,6	<b>4,9</b>		4,9	3,7	<b>3,2</b>		4,6	3,3	<b>4,1</b>	
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	19,2	25,3	<b>17,3</b>		18,1	15,7	<b>21,2</b>		18,6	18,2	<b>19,8</b>	
Resto de enfermedades del sistema respiratorio	5,9	4,2	<b>7,1</b>		4,3	2,9	<b>5,2</b>		5,1	4,0	<b>6,2</b>	
Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	3,0	2,7	<b>1,4</b>		2,0	1,9	<b>0,8</b>		2,5	2,8	<b>1,1</b>	
Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	4,5	2,0	<b>3,8</b>		2,0	1,2	<b>2,2</b>		3,1	2,7	<b>2,9</b>	
Resto de enfermedades del sistema digestivo	13,1	13,3	<b>10,0</b>		14,0	8,5	<b>9,0</b>		14,1	11,3	<b>9,5</b>	
Enfermedades del sistema urinario	10,2	8,3	<b>7,3</b>		6,4	5,9	<b>6,7</b>		8,2	7,5	<b>7,0</b>	
Hiperplasia de la próstata	0,8	0,0	<b>0,6</b>		0,0	0,0	<b>0,0</b>		0,3	0,0	<b>0,2</b>	
Embarazo, parto y puerperio	0,0	0,8	<b>0,0</b>		0,0	0,9	<b>0,9</b>		0,0	0,4	<b>0,4</b>	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3,6	6,7	<b>2,7</b>		3,6	7,1	<b>4,3</b>		3,6	4,1	<b>3,4</b>	
Resto de las enfermedades	4,3	5,8	<b>4,0</b>		10,4	4,2	<b>6,3</b>		7,7	3,3	<b>5,4</b>	

\*Punto rojo: dato más alto; Punto verde: dato más bajo

Fuente: Base de datos DANE-RUAF\_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012 -2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016).

Comparado con la Subred Norte y las localidades que la integran, para 2014 Barrios Unidos comparte la primera causa de mortalidad dentro de este grupo, siendo la tasa de mortalidad por enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores un 25 % superior al valor de la Subred (26,8 defunciones por cada 100.000 habitantes). Por su parte Chapinero obtuvo la tasa de mortalidad más alta por esta causa (35,7 defunciones por cada 100.000 habitantes), mientras Suba presentó el valor más bajo (20,9 defunciones por cada 100.000 habitantes)

### 3.1.3 Mortalidad infantil y en la niñez

La mortalidad en la infancia se presenta de acuerdo con la clasificación de causas de muerte definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS, para el grupo de menores de un año, de uno a cuatro años y menores de cinco años. De igual forma se describe el comportamiento de la mortalidad evitable.

## Mortalidad en menores de un año

En Barrios Unidos en 2014 se presentaron 18 muertes (11.0 muertes por cada 1.000 nacidos vivos), con un incremento del 46,7 % en el número de casos y de 50,7 % en la tasa cruda de mortalidad frente a 2012 (14). Las afecciones del periodo perinatal tuvieron la tasa más alta de mortalidad para este grupo de edad, con un incremento del 19,9 % con relación al 2012. Según sexo, el mayor incremento de mortalidad en mujeres correspondió a las afecciones del periodo perinatal (123 %) y en hombres por todas las demás enfermedades (137 %) (tabla 12).

**Tabla 12. Tasas de mortalidad en menores de 1 año, según lista de tabulación MSPS, localidad de Barrios Unidos, 2012-2014**

Causas de mortalidad infantil y del niño	Hombres			Mujeres			Total		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Tumores (neoplasias)	0	0	1,15	0	0	1,31	0	0	1,22
Enfermedades del sistema circulatorio	0	1,11	0	0	0	0	0	0,59	0
Enfermedades del sistema respiratorio	0	1,11	2,29	0	0	0	0	0,59	1,22
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	4,83	6,64	3,44	2,35	11,28	5,25	3,57	8,81	4,28
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,42	1,11	2,29	2,35	5,01	2,62	2,38	2,94	2,45
Todas las demás enfermedades	2,42	2,21	5,73	2,35	5,01	2,62	2,38	3,53	4,28
Causas externas de morbilidad y mortalidad	1,21	0	0	0	0	0	0,6	0	0

Fuente: Base de datos DANE-RUAF\_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012 -2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016).

Cabe mencionar que en este grupo no se presentaron mortalidades por causas como ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, endocrinas, nutricionales y metabólicas; enfermedades del sistema nervioso, del oído y de la apófisis mastoides, Enfermedades del sistema digestivo, del sistema genitourinario y causas externas de morbilidad y mortalidad.

Frente al comportamiento de la Subred Norte y las localidades que la integran, para este grupo de edad, en Barrios Unidos coincide la principal causa de mortalidad, siendo la tasa de defunciones originadas por afecciones del periodo perinatal un 25,5 % menor al valor presentado en la Subred (3,8 muertes por cada 1.000 nacidos vivos).



### Mortalidad en menores de 1 a 4 años

En Barrios Unidos en 2014 se presentaron 2 defunciones (19.2 muertes por cada 100.000 menores de cuatro años), con un incremento de casos del 38 % y de la tasa cruda de mortalidad del 34,9 %, con respecto a 2012. La principal causa de mortalidad fue el subgrupo de todas las demás enfermedades, con incremento del 100 % frente a 2012 (14) (tabla 13).

**Tabla 13. Tasas de mortalidad en menores de 1 - 4 años, según lista de tabulación MSPS, localidad de Barrios Unidos, 2012-2014**

Causas de mortalidad infantil y del niño	Hombres			Mujeres			Total		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	18,5	0	0	0	0	0	9,5	0	0
Tumores (neoplasias)	18,5	0	0	0	0	0	9,5	0	0
Enfermedades del sistema nervioso	0	0	18,7	0	0	0	0	0	9,6
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0	0	0	0	19,8	19,9	0	9,6	9,6
Todas las demás enfermedades	0	0	18,7	0	19,8	19,9	0	9,6	19,3
Causas externas de morbilidad y mortalidad	18,5	0	0	0	0	0	9,5	0	0

Fuente: Base de datos DANE-RUAF\_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012 -2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016).

Respecto al comportamiento de la Subred Norte y las localidades que la integran, para este grupo de edad, en Barrios Unidos coincide la principal causa de mortalidad, siendo la tasa de defunciones por todas las demás enfermedades un 59,1 % menor al valor presentado en la Subred (47,3 muertes por cada 100.000 menores de 4 años).

### Mortalidad en menores de cinco años

Para la localidad de Barrios Unidos se presentaron 20 muertes en este grupo de edad (156 muertes por cada 100.000 menores de 5 años), con un incremento del 17.6 % en el número de defunciones y del 19 % en la tasa cruda de mortalidad con respecto al 2012 (14). La principal causa de mortalidad fueron las afecciones originadas en periodo perinatal, las cuales se incrementaron 18,2 % frente a 2012, un comportamiento similar se presentó en mujeres para esta misma causa con aumento del 103 %, mientras en hombres se observó una reducción del 24,1 % (tabla 14).

**Tabla 14. Tasas de mortalidad en menores de 5 años, según lista de tabulación MSPS, localidad de Barrios Unidos, 2012-2014**

Causas de mortalidad infantil y del niño	Hombres			Mujeres			Total		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	14,9	0	0	0	0	0	7,7	0	0
Tumores (neoplasias)	14,9	0	15,1	0	0	16,1	7,7	0	15,6
Enfermedades del sistema nervioso	0	0	15,1	0	0	0	0	0	7,8
Enfermedades del sistema circulatorio	0	15,0	0	0	0	0	0	7,74	0
Enfermedades del sistema respiratorio	0	15,0	30,2	0	0	0	0	7,74	15,6
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	59,6	90	45,3	31,7	143,9	64,3	46,1	116,2	54,5
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	29,8	15	30,2	31,7	79,9	48,2	30,7	46,5	38,9
Todas las demás enfermedades	29,8	30	90,5	31,7	79,9	48,2	30,7	54,2	70,0
Causas externas de morbilidad y mortalidad	29,82	0	0	0	0	0	15,4	0	0

Fuente: Base de datos DANE-RUAF\_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012 -2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016).

### 3.1.4 Mortalidad materno - infantil y en la niñez

En el 2016 la razón de mortalidad materna tuvo una diferencia relativa significativamente más alta a la de Bogotá, los demás indicadores no presentaron diferencias significativas; sin embargo, la tasa de mortalidad perinatal fue un 11,2 % mayor que el valor Distrital. De acuerdo a la tendencia observada, para el último año los indicadores de mortalidad materna, perinatal, infantil y en la niñez presentaron incremento, mientras la mortalidad por IRA y EDA en menores de cinco años se mantienen estables con cero casos, comparado con el 2015 (15) (tabla 15).

**Tabla 15. Mortalidad evitable. Bogotá – localidad de Barrios Unidos, 2009-2016**

Causa de muerte	Bogotá	Barrios Unidos	Años							
			2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Razón de mortalidad materna	23,4	64,6	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗
Tasa de mortalidad perinatal	13,2	14,7	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad infantil	9,1	9	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad en la niñez	10,8	10,3	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	4	0	↗	↘	-	↗	↗	↗	↘	-
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	0,5	0	-	-	-	-	-	↗	↘	-

\*Amarillo: No hay diferencias significativas entre el valor distrital y la localidad; Verde: El indicador local es significativamente menor respecto a Bogotá; Rojo: El indicador local es significativamente mayor respecto a Bogotá.

Fuente: Base de nacimientos y Defunciones RUAF SDS 2009-2016, Datos preliminares.

La distribución de muertes evitables por UPZ, muestran al Doce de Octubre con la mayor proporción de defunciones perinatales, infantiles y en la niñez, mientras que en Los Alcázares ocurrieron todas las muertes maternas. En contraste, la UPZ con menor proporción de muertes fue Parque Salitre (15) (Tabla 16).

**Tabla 16. Mortalidad evitable según UPZ, localidad de Barrios Unidos, 2016**

UPZ	M. Materna		M. Perinatal		M. Infantil		M. en la niñez	
	n	%	n	%	n	%	n	%
21 Los Andes	0	0	3	14,3	3	21,4	4	25,0
22 Doce de Octubre	0	0	9	42,9	8	57,1	9	56,3
98 Los Alcázares	1	100	9	42,9	2	14,3	2	12,5
103 Parque Salitre	0	0	0	0,0	1	7,1	1	6,3
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de nacimientos y Defunciones RUAF SDS 2016.

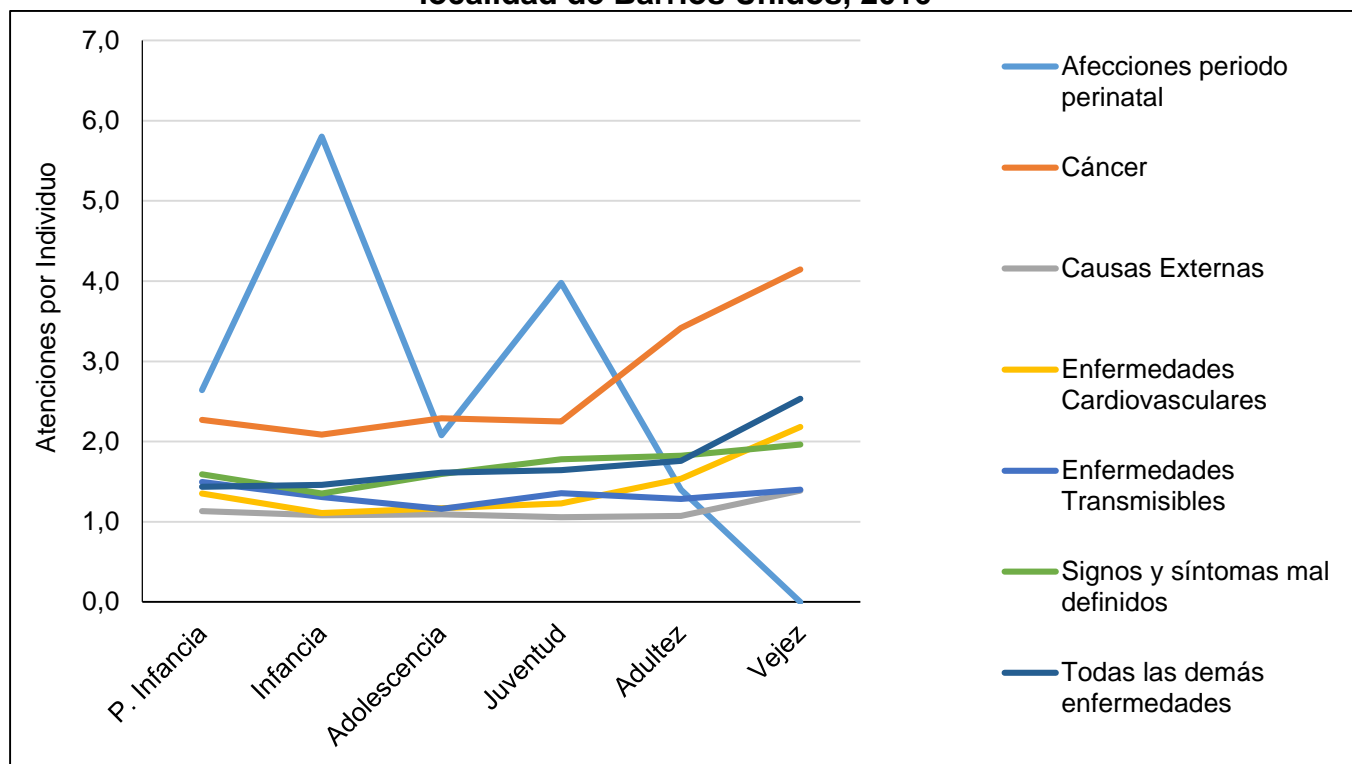
## 3.2 Análisis de estructura de Morbilidad

### 3.2.1 Morbilidad general y análisis de la prestación del servicio

#### Morbilidad atendida de la población perteneciente al régimen subsidiado y vinculado

En 2016, se realizaron 791.086 atenciones en 476.279 personas (1,6 atenciones por Individuo) en las instituciones prestadoras de salud adscritas a la Secretaría Distrital de Salud (16); el 60,1 % fueron mujeres y el 43,9 % adultos. Según la agrupación 6/67 de las OMS, por enfermedades transmisibles hubo el mayor número de atenciones por Individuo en primera infancia, infancia y juventud, mientras que para adolescencia, adultez y vejez fue cáncer. En contraste, las causas externas mostraron el menor número de atenciones por individuo en todos los cursos de vida (figura 11).

**Figura 11. Atenciones por individuo según momento del curso de vida, localidad de Barrios Unidos, 2016**



Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017)

Por tipo de atención, el 71,1 % correspondió a consulta externa, el 27,8 % a Urgencias y el 1,1% a hospitalización; el mayor número de atenciones por individuo en consulta externa fue cáncer, para hospitalización enfermedades transmisibles y en urgencias las afecciones del periodo perinatal, superando los valores distritales en 74,7 %, 42,3 % y 22,4 % respectivamente (16) (tabla 17).

**Tabla 17. Atenciones por Individuo según tipo de servicio y grandes causas, Bogotá- localidad de Barrios Unidos, 2012- 2016**

Tipo Servicio	Gran Causa	Bogotá 2016	Barrios Unidos 2016	Razón (%) Localidad/Bogotá	Tendencia 2012 a 2016
Consulta Externa	Afecciones periodo perinatal	2,0	3,2	56,1	
	Cáncer	2,1	3,6	74,7	
	Causas Externas	1,2	1,1	-9,9	
	Enfermedades Cardiovasculares	2,0	1,9	-6,3	
	Enfermedades Transmisibles	1,4	1,3	-9,0	
	Signos y síntomas mal definidos	1,9	1,9	-0,5	
	Todas las demás enfermedades	2,1	1,8	-11,1	
	<b>Total</b>	<b>1,9</b>	<b>1,8</b>	<b>-4,5</b>	
Hospitalización	Afecciones periodo perinatal	1,1	1,0	-3,0	
	Cáncer	1,2	1,2	-4,6	
	Causas Externas	1,0	1,1	5,2	
	Enfermedades Cardiovasculares	1,2	1,2	1,7	
	Enfermedades Transmisibles	1,2	1,6	42,3	
	Signos y síntomas mal definidos	1,1	1,1	2,7	
	Todas las demás enfermedades	1,2	1,2	5,8	
	<b>Total</b>	<b>1,1</b>	<b>1,3</b>	<b>9,6</b>	
Urgencias	Afecciones periodo perinatal	1,3	1,6	22,4	
	Cáncer	1,5	1,2	-20,6	
	Causas Externas	1,1	1,0	-4,6	
	Enfermedades Cardiovasculares	1,4	1,2	-13,7	
	Enfermedades Transmisibles	1,4	1,3	-6,2	
	Signos y síntomas mal definidos	1,3	1,3	-6,5	
	Todas las demás enfermedades	1,5	1,4	-3,8	
	<b>Total</b>	<b>1,4</b>	<b>1,3</b>	<b>-5,6</b>	
<b>Total General</b>	<b>1,8</b>	<b>1,7</b>	<b>-9,3</b>		

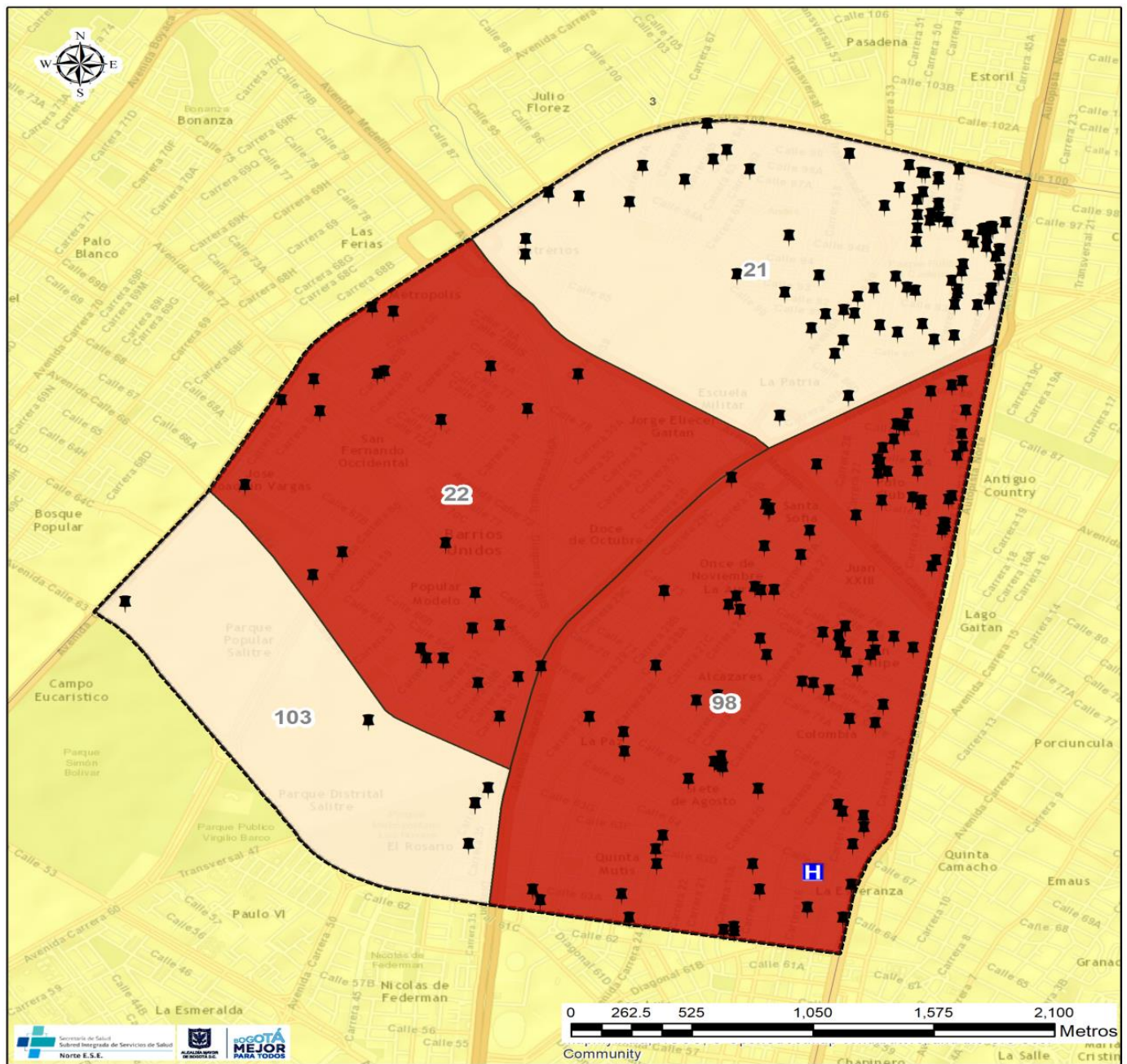
\*Rojo: Valor local superior al Distrital; Verde: Valor local inferior al Distrital.

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017)

## Descripción de la oferta

En el 2015 habían 189 IPS privadas en Teusaquillo y una de carácter público, la UPZ Alcázares concentra el 44,4 % (84) de las IPS. En cuanto a la demanda de servicios para el mismo año estuvo concentrada en las UPZ Doce de Octubre y Alcázares, donde se ubica el 56,6 % (107) de las IPS privadas. Los tipos de servicio de mayor oferta son otras ramas de la salud (enfermería y terapias) y pruebas de laboratorio y ayudas diagnósticas (33,3 %) (17,18) (mapa 4).

Mapa 4. Oferta y demanda de servicios de salud, localidad de Barrios Unidos, 2015



Oferta y demanda de Servicios de Salud en la Localidad de Barrios Unidos

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD  
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA  
SUBRED NORTE  
BOGOTÁ DC 2017

**Legenda**

- H IPS Públicas
- P IPS Privadas

**No. de Individuos**

- < 25
- 26 - 193

COD - UPZ	NOM - UPZ
21	Los Andes
22	Doce de Octubre
98	Los Alcazares
103	Parque Salitre



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales para el Distrito Capital "IDECA" Base de datos IPS públicas y privadas. Subred Integrada de Servicios de Salud Norte.2015

Barrios Unidos, junto con la Localidad de Teusaquillo son las más pequeñas de la Subred Norte, posee una oferta importante de IPS privadas que se concentran principalmente sobre la Autopista Norte, la carrera 30 y la carrera 14 conformando con las Localidades Usaquén, Suba, Chapinero y Teusaquillo un nodo de servicios de salud, que concentran la mayor cantidad de IPS de todo el Distrito Capital y por su localización sobre una vía principal (Autopista Norte), facilita el acceso de los usuarios a las instituciones gracias al entramado vial en buen estado y de gran amplitud, la conectividad entre instituciones dada la cercanía entre las mismas, reducción de los tiempos de desplazamiento por ser una vía rápida con una amplia oferta de transporte público y conexión de Bogotá con otros municipios cundinamarqueses, de los cuales arriban personas a practicarse diversos tratamientos en la Capital.

En la Localidad solo se tiene una IPS de carácter público que se localiza en la calle 66 con carrera 16 en un sector de estrato tres de la UPZ Los Alcázares que junto con la UPZ Doce de Octubre son las que generan mayor demanda de los servicios de salud, pero de igual manera gozan de una amplia oferta que puede dar abasto a las necesidades de la Localidad y de las Localidades vecinas.

### 3.2.2 Eventos de Vigilancia en Salud Pública

#### SIVIGILA Nacional

En el SIVIGILA se notificaron 1.762 eventos de Barrios Unidos en el 2016 (1,6 % respecto al Distrito), la dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles fue la más representativa en la localidad (64,8 %) donde la varicela individual fue el evento de mayor proporción (34,1 %) en este grupo; sin embargo, la dimensión salud ambiental tuvo la mayor proporción frente al Distrito donde las enfermedades transmitidas por alimentos fueron las más frecuentes (19).

Por UPZ, Doce de Octubre y Alcázares agruparon el 76,5 % de los casos de la localidad, mientras que la UPZ Parque Salitre solo tuvo el 1,0 % de las notificaciones; según los eventos, en la UPZ Doce de Octubre las dimensiones de Convivencia social y salud mental, y vida saludable y condiciones no transmisibles tuvieron la mayor proporción respecto a la localidad,

siendo el intento de suicidio y el cáncer de mama y cuello uterino, los eventos más representativos respectivamente (19) (tabla 18).

**Tabla 18. Eventos individuales notificados al SIVIGILA, según dimensiones PDSP frente al Distrito, localidad de Barrios Unidos, 2016**

Dimensión PDSP	Localidad	UPZ 21 Los Andes	UPZ 22 Doce de Octubre	UPZ 98 Alcazares	UPZ 103 Parque Salitre	Sin UPZ
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	1,8	16,5	44,6	36,8	1,1	1,1
Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos	2,0	17,4	38,1	42,4	0,8	1,3
Convivencia Social y Salud Mental	0,1	18,8	50,0	31,3	0,0	0,0
Salud Ambiental	3,3	49,6	29,9	19,3	0,8	0,4
Seguridad Alimentaria y Nutricional	1,7	15,5	41,7	42,9	0,0	0,0
Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	1,3	25,0	50,0	25,0	0,0	0,0

Fuente: Base de datos SIVIGILA 2016. Secretaría Distrital de Salud.

Por momentos de curso de vida, el 35 % de las notificaciones se concentró en la adultez y el 55,1 % fueron mujeres. La varicela individual de la dimensión vida saludable de enfermedades transmisibles fue el evento más frecuente en los cursos de vida primera infancia, infancia, adolescencia y juventud, por su parte, la vigilancia integrada de rabia humana de la misma dimensión, fue la más representativa la adultez y la vejez (19) (tabla 9).



**Tabla 19. Eventos individuales notificados al SIVIGILA según dimensiones PDSP y curso de vida, localidad de Barrios Unidos, 2016**

Dimensión PDSP	Cursos de Vida	Hombres		Mujeres		Total	
		n	%	n	%	n	%
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	P. Infancia	125	10,9	103	9,0	228	20,0
	Infancia	58	5,1	57	5,0	115	10,1
	Adolescencia	47	4,1	40	3,5	87	7,6
	Juventud	130	11,4	135	11,8	265	23,2
	Adulthood	183	16,0	165	14,4	348	30,5
	Vejez	47	4,1	52	4,6	99	8,7
	<b>Total</b>	<b>590</b>	<b>51,7</b>	<b>552</b>	<b>48,3</b>	<b>1142</b>	<b>100,0</b>
Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos	P. Infancia	14	5,9	18	7,6	32	13,6
	Infancia	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Adolescencia	1	0,4	3	1,3	4	1,7
	Juventud	38	16,1	49	20,8	87	36,9
	Adulthood	41	17,4	68	28,8	109	46,2
	Vejez	4	1,7	0	0,0	4	1,7
	<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>41,5</b>	<b>138</b>	<b>58,5</b>	<b>236</b>	<b>100,0</b>
Convivencia Social y Salud Mental	P. Infancia	0	0,0	3	18,8	3	18,8
	Infancia	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Adolescencia	0	0,0	4	25,0	4	25,0
	Juventud	2	12,5	4	25,0	6	37,5
	Adulthood	1	6,3	2	12,5	3	18,8
	Vejez	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>18,8</b>	<b>13</b>	<b>81,3</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>
Salud Ambiental	P. Infancia	10	3,8	6	2,3	16	6,1
	Infancia	7	2,7	2	0,8	9	3,4
	Adolescencia	12	4,5	11	4,2	23	8,7
	Juventud	17	6,4	67	25,4	84	31,8
	Adulthood	40	15,2	80	30,3	120	45,5
	Vejez	5	1,9	7	2,7	12	4,5
	<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>34,5</b>	<b>173</b>	<b>65,5</b>	<b>264</b>	<b>100,0</b>
Seguridad Alimentaria y Nutricional	P. Infancia	4	4,8	1	1,2	5	6,0
	Infancia	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Adolescencia	0	0,0	4	4,8	4	4,8
	Juventud	0	0,0	39	46,4	39	46,4
	Adulthood	0	0,0	36	42,9	36	42,9
	Vejez	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>4,8</b>	<b>80</b>	<b>95,2</b>	<b>84</b>	<b>100,0</b>
Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	P. Infancia	1	5,0	1	5,0	2	10,0
	Infancia	3	15,0	0	0,0	3	15,0
	Adolescencia	1	5,0	4	20,0	5	25,0
	Juventud	0	0,0	1	5,0	1	5,0
	Adulthood	0	0,0	7	35,0	7	35,0
	Vejez	0	0,0	2	10,0	2	10,0
	<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>25,0</b>	<b>15</b>	<b>75,0</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>
<b>Total General</b>		<b>791</b>	<b>44,9</b>	<b>971</b>	<b>55,1</b>	<b>1762</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Base de datos SIVIGILA 2016. Secretaría Distrital de Salud.

Por eventos colectivos, en Barrios Unidos hubo 568 notificaciones (4,6 % respecto al Distrito), donde la UPZ Doce de Octubre acumuló la mayor proporción de eventos de la localidad (40,0 %). El evento más frecuente fue morbilidad por EDA en la UPZ Doce de Octubre con 258 notificaciones (19) (tabla 20).

**Tabla 20. Proporción de eventos colectivos notificados al SIVIGILA, según dimensiones PDSP frente al Distrito, localidad de Barrios Unidos, 2016**

Dimensión PDSP	EVENTOS	Localidad	UPZ 21 Los Andes	UPZ 22 Doce de Octubre	UPZ 98 Alcazares	UPZ 103 Parque Salitre	Sin UPZ
Salud Ambiental	ETA (Brote)	3,2	66,7	33,3	0,0	0,0	0,0
Vida saludable y enfermedades Transmisibles	Morbilidad por EDA	4,6	20,0	46,4	33,5	0,0	0,2
	Morbilidad por IRA	4,6	0,0	22,2	77,8	0,0	0,0

Fuente: Base de datos SIVIGILA 2016. Secretaría Distrital de Salud.

## SIVIGILA Distrital

Respecto a la distribución de los eventos en los subsistemas de vigilancia en salud pública, se registraron 5.118 eventos en Barrios Unidos (1,7 % respecto al Distrito), el subsistema con mayor número de registros fue el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Lesiones de Causa Externa (SIVELCE) con 1.632 notificaciones, mientras que la mayor proporción de casos frente al Distrito lo tuvo el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Ocupacional de las y los Trabajadores en la Economía Informal (SIVISTRA). Por UPZ, el 83,0 % de las notificaciones correspondió a Alcázares y Doce de Octubre, mientras que Parque Salitre tuvo la menor proporción de casos de la localidad (0,9 %); según los eventos, las notificaciones de SISVECOS en Doce de Octubre fueron las más altas (50,8 %) entre las UPZ, donde la ideación suicida fue el evento de mayor representatividad (20) (tabla 21)

**Tabla 21. Proporción de eventos notificados a los subsistemas de vigilancia en salud pública, localidad de Barrios Unidos, 2016**

Dimensión PDSP	SUBSISTEMA	Localidad	UPZ 21 Los Andes	UPZ 22 Doce de Octubre	UPZ 98 Alcazares	UPZ 103 Parque Salitre	Sin UPZ
Seguridad Alimentaria y Nutricional	SISVAN	1,9	21,0	38,5	40,5	0,1	0,0
	VESPA	0,6	10,0	38,3	41,7	1,7	8,3
Convivencia Social y Salud Mental	Lesiones Causa Externa	2,1	16,4	38,7	43,2	1,0	0,8
	SISVECOS	1,6	13,6	50,8	34,7	0,8	0,0
	SIVIM	1,4	7,8	46,8	44,2	1,2	0,1
Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	Discapacidad	1,7	23,1	43,5	32,1	1,3	0,0
	SISVESO	1,9	14,9	44,3	39,7	1,1	0,0
	SIVISTRA	2,7	6,7	24,4	64,4	4,4	0,0

Fuente: Base de datos subsistemas de vigilancia en salud pública. 2016.

### 3.2.3 Eventos precursores

En 2016, en la localidad consultaron 3.289 personas por diabetes mellitus (1,2 por cada 100 habitantes) siendo un 47,9 % menor respecto al indicador sistrital, aunque sin alcanzar una diferencia estadísticamente significativa. Respecto al 2015 se alcanzó una reducción del 37,4 % (16) (tabla 22).

**Tabla 22. Eventos Precursores, localidad de Barrios Unidos, 2013 - 2016**

Eventos precursores	Bogotá	Barrios Unidos	Año			
			2013	2014	2015	2016
Prevalencia de diabetes mellitus	2,4	1,2	↗	↘	↘	↘

\*Amarillo: Entre el indicador local y distrital no hay diferencias estadísticamente

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no POS. (Datos reportados por las ESE red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017)

### 3.2.4 Análisis general de la gorbilidad e identificación de prioridades en Morbilidad

En Barrios Unidos, el cáncer es la causa de morbilidad con mayor número de atenciones por individuo, lo cual coincide con el comportamiento de la mortalidad, donde las neoplasias fueron las más representativas en mujeres entre los 10 a 25 años y 74 años de edad. Por SIVIGILA, en la UPZ Doce de Octubre se presentó la mayor proporción de notificación de eventos no transmisibles respecto a la localidad, siendo el cáncer de mama y cuello uterino los más representativos.

Lo anterior permite evidenciar la importancia de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, no solo a través de la aplicación de pruebas de tamizaje, como se hace para detección de cáncer de cuello uterino y de mama, sino orientadas a la identificación de factores de riesgo para neoplasias. El fomento de estilos de vida saludables basados en una alimentación balanceada y la promoción de la actividad física son acciones fundamentales para la prevención del cáncer, en especial para cáncer de cuello uterino se debe trabajar en la apropiación de los derechos sexuales y reproductivos y la importancia del uso del condón.

La calidad de los servicios de salud juega un rol esencial en el control del cáncer, su importancia radica en las acciones de demanda inducida para las pruebas de tamizaje como la citología cérvico uterina y la mamografía, llegando al diagnóstico oportuno y un inicio temprano del tratamiento; situaciones que marcan la diferencia en el comportamiento de la mortalidad por neoplasias. De igual forma la educación de la comunidad para la identificación de señales de los tumores del sistema digestivo y la optimización de los servicios para su diagnóstico se deben fortalecer en el control del cáncer.

En cuanto a población infantil, las enfermedades transmisibles registran un mayor número de consultas; al analizar el comportamiento de las notificaciones del SIVIGILA se evidenció que la varicela es el evento de mayor proporción para este grupo de edad. Sin embargo, según mortalidad las IRA son la principal causa de muerte dentro de este grupo, por lo tanto, se deben fortalecer las acciones dirigidas al fomento de capacidades en cuidadores con estrategias como AIEPI comunitario, y mejora continua de la calidad de atención en los servicios de salud.

En 2016 el 0,11 % de la población de la localidad se encontraba inscrita en el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, siendo Doce de Octubre la UPZ con mayor proporción de casos (43,5 %). Según sexo el 51,2 % fueron hombres y por curso de vida el 48,8 % eran personas mayores de 60 años; el origen de la discapacidad en el 58,5 % de los casos fue por enfermedad general.

Respecto a la oferta y demanda de servicios, la demanda se concentró en las UPZ Doce de Octubre y Alcázares, los tipos de servicio de mayor oferta son otras ramas de la salud (enfermería y terapias), pruebas de laboratorio y ayudas diagnósticas. La oferta institucional prestada no es coherente con las situaciones de salud de la comunidad pues el acceso a consultas de promoción y prevención es limitado o requiere largos desplazamientos. De igual forma no hay respuesta para manejo de cáncer por parte de la red pública dentro de la localidad.

## 4. CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DIFERENCIAL DE POBLACIONALES

#### 4.1 Contexto demográfico

Para el reconocimiento y comprensión de la poblaciones diferenciales, se debe entender y trabajar desde una mirada que incluya dos tipos de enfoque principalmente, el primero, sería el enfoque poblacional, el consiste en identificar, comprender y tomar en consideración las relaciones entre la dinámica demográfica y los aspectos ambientales, sociales y económicos de competencia de los territorios, con el fin de responder a los problemas que de allí se derivan, orientándose a la formulación de objetivos y estrategias de desarrollo para el aprovechamiento de las ventajas del territorio (21). Y en una segunda medida, el enfoque diferencial el cual da una orientación analítica con alcance a las intervenciones, que reconoce al ser humano individual y social desde su integralidad. Centra la atención en las personas con sus características relacionadas en cada una de sus cursos de vida- generación, de procesos identitarios - diversidad (etnia, sexo, identidad de género, orientación sexual), las condiciones y situaciones (ejercicio de la prostitución, desplazamiento forzado, la habitabilidad en calle, la discapacidad, privación de la libertad, conflicto armado (grupos de reinsertados), el género y el proceso de envejecimiento (21).

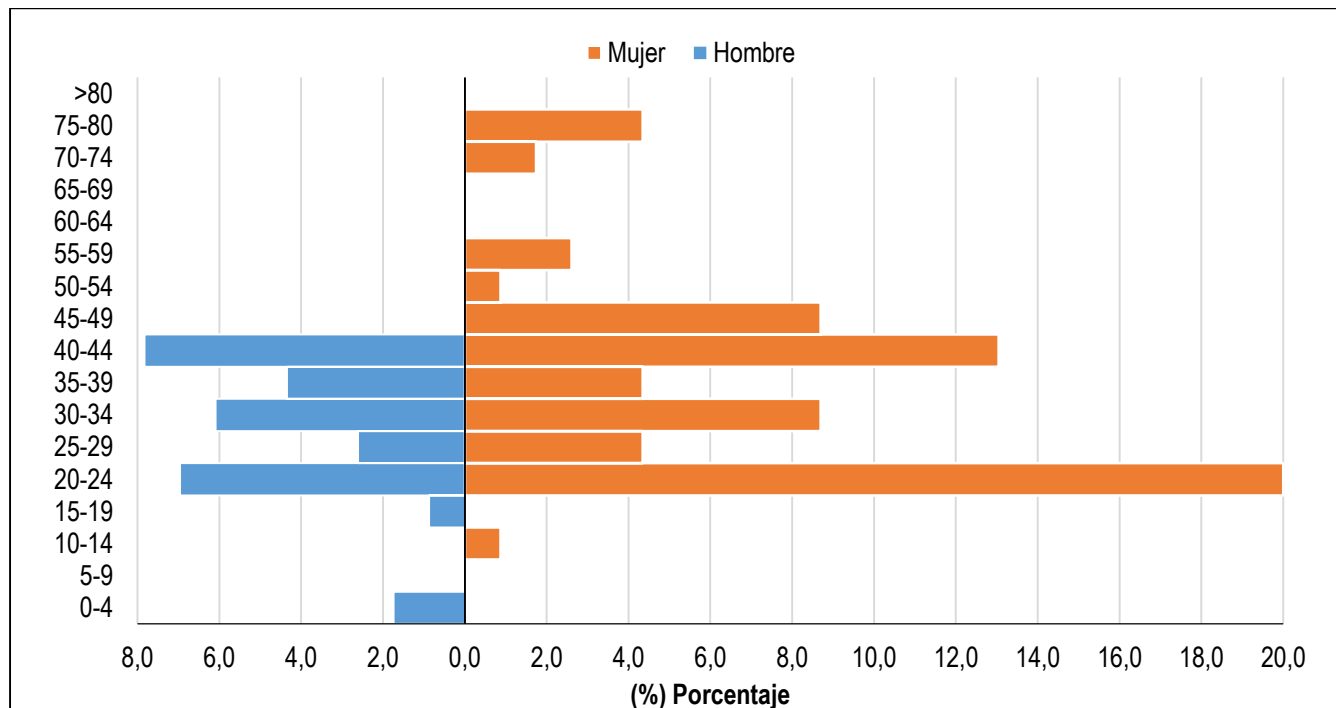
Para este apartado del documento de análisis, que está enfocado a las poblaciones diferenciales que hacen presencia en las seis localidades que comprende la Subred Norte de Salud, se utilizó como fuente cuantitativa, la base de datos APS en línea, con un conglomerado de información desde el año 2013 hasta el 2016. El sistema de APS en línea es un sistema de información que apoya en los procesos relacionados con la estrategia de atención primaria en salud, unificando e integrando el trabajo de campo de las diferentes Empresas Sociales del Estado y demás actores que participan en el desarrollo de la estrategia y facilita a la Secretaria Distrital de Salud ejercer su labor de rectoría sobre los prestadores involucrados. (22)

Con la revisión, el procesamiento y el análisis de los datos encontrados en la base de datos APS en línea, se intentó incluir la mayoría de poblaciones diferenciales para la localidad, pero en algunas poblaciones, no se encontró información que se pudiera documentar, por consiguiente, se trabajó con la información encontrada y se incluyeron “otras poblaciones” para poder conocer su dinámica demográfica dentro de la localidad.

## Población étnica

Al contrario de la dinámica poblacional de la población víctima del conflicto armado, como se verá más adelante, la población étnica de la localidad se compone en una gran mayoría de mujeres en casi la totalidad del curso de vida. La población indígena y afrocolombiana son las que más alimentan esta dinámica (figura 12).

**Figura 12. Población étnica, localidad de Barrios Unidos, 2013- 2016**



Fuente: Base de datos APS Distrital 2013-2016.

## Indígena

Dentro de la Subred Norte se registran un total de (459) 47 % personas indígenas del total de la población étnica, de las cuales (175) 17,9 % son hombres y (284) 29,1 % son mujeres. Se registran (24) 20,9 % personas indígenas en total dentro de la localidad, de los cuales (8) 7 % son hombres y (16) 13,9 % son mujeres.

## Afrodescendientes

La población adulta afro de la Subred Norte se compone de (383) 39,2 % afro colombianos, el porcentaje es respecto al total de la población étnica de la Subred. La población se divide en

(130) 13,3 % hombres y (253) 25,9 % mujeres, donde el promedio de edad del hombre afro es de 47,2 años; en el caso de las mujeres de 33, 9 años de edad. Para efectos de la localidad de Barrios Unidos, se registran (74) 64,3 % afrocolombianos, los cuales se componen de (27) hombres 23,5 % y (47) mujeres 40,9 %.

## **ROM**

La población gitana room habita la Subred Norte en un número total de (52) personas 5,3 %, de los cuales (18) son hombres 1,8 % y (34) mujeres 3,5 %. Para el caso específico de la localidad de Barrios Unidos, no se tienen registros de población gitana Room.

## **Raizal**

Los habitantes raizales que hacen parte de la población de la Subred Norte son de (30) personas 3,1 %, de los cuales (4) son mujeres 0,4% y (26) mujeres 2,7 %. Para el caso específico de la localidad, la población raizal se compone de (16) mujeres 13,9 % en su totalidad.

## **Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales e Intersexuales –LGBTI-**

La población LGBTI de la Subred Norte en su totalidad es de 123 personas 71 mujeres y 52 hombres según el sexo. De los cuales (61) son bisexuales 53 %, (15) hombres 13 % y (46) mujeres 40 %. Las personas que se reconocen como gay (19) hombres 16,5 %. La población intersexual se compone de (16) mujeres 13,9 %. Y la población transgenerista se compone de (18) hombres 15,7 % y (1) mujer 0,9 % para un total de (19) personas 16,5 %.

Para la localidad de Barrios Unidos, la población LGBTI se compone de 12 personas, las cuales se dividen en (3) mujeres bisexuales 25 % y (3) mujeres lesbianas 20 %. La población gay se compone de (5) hombres 41,67 %. No se tienen registros de población intersexual; y por último, (4) hombres considerados como transgeneristas 33,33 %.

## **Víctimas del conflicto**

El total de la población víctima del conflicto en la Subred Norte es de 2011 personas, de las cuales 593 son hombres y 1418 son mujeres. Para el curso de vida de la primera infancia, la

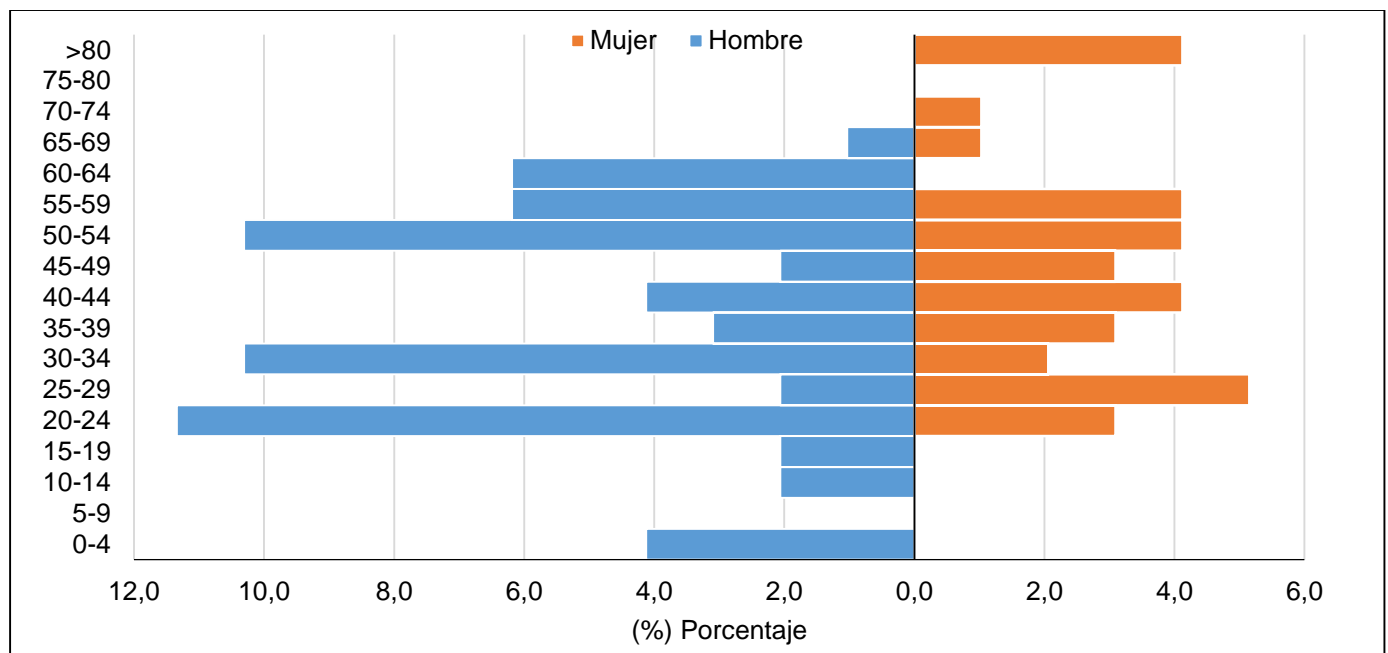


totalidad de población víctimas es de 90 personas, con 56 hombres y 34 mujeres. Para infancia el total de la población es de 70 personas, los cuales 44 son hombres y 26 son mujeres.

La población víctima del conflicto en la localidad se compone de 97 personas en total, de los cuales 63 son hombres y 34 son mujeres. En el curso de vida infancia, se registran 4 niños; para infancia no se tienen registros. En adolescencia se registran 2 adolescentes varones. En el curso de vida juventud existen 13 hombres y 4 mujeres para un total de 17 jóvenes. La población adulta es de 37 hombres y 24 mujeres; finalizando con los adultos mayores los cuales se componen de 7 hombres y 6 mujeres.

La Figura 13 evidencia que dentro de la población víctima del conflicto armado se compone de una mayoría masculina, la cual se puede obviar por la dinámica de la agrupación de los grupos armados ilegales, donde la mayoría de sus filas las componen hombres, y en una proporción menor, las mujeres.

**Figura 13. Población víctima de conflicto, localidad de Barrios Unidos, 2013-2016**



Fuente: Base de datos APS Distrital 2013-2016.

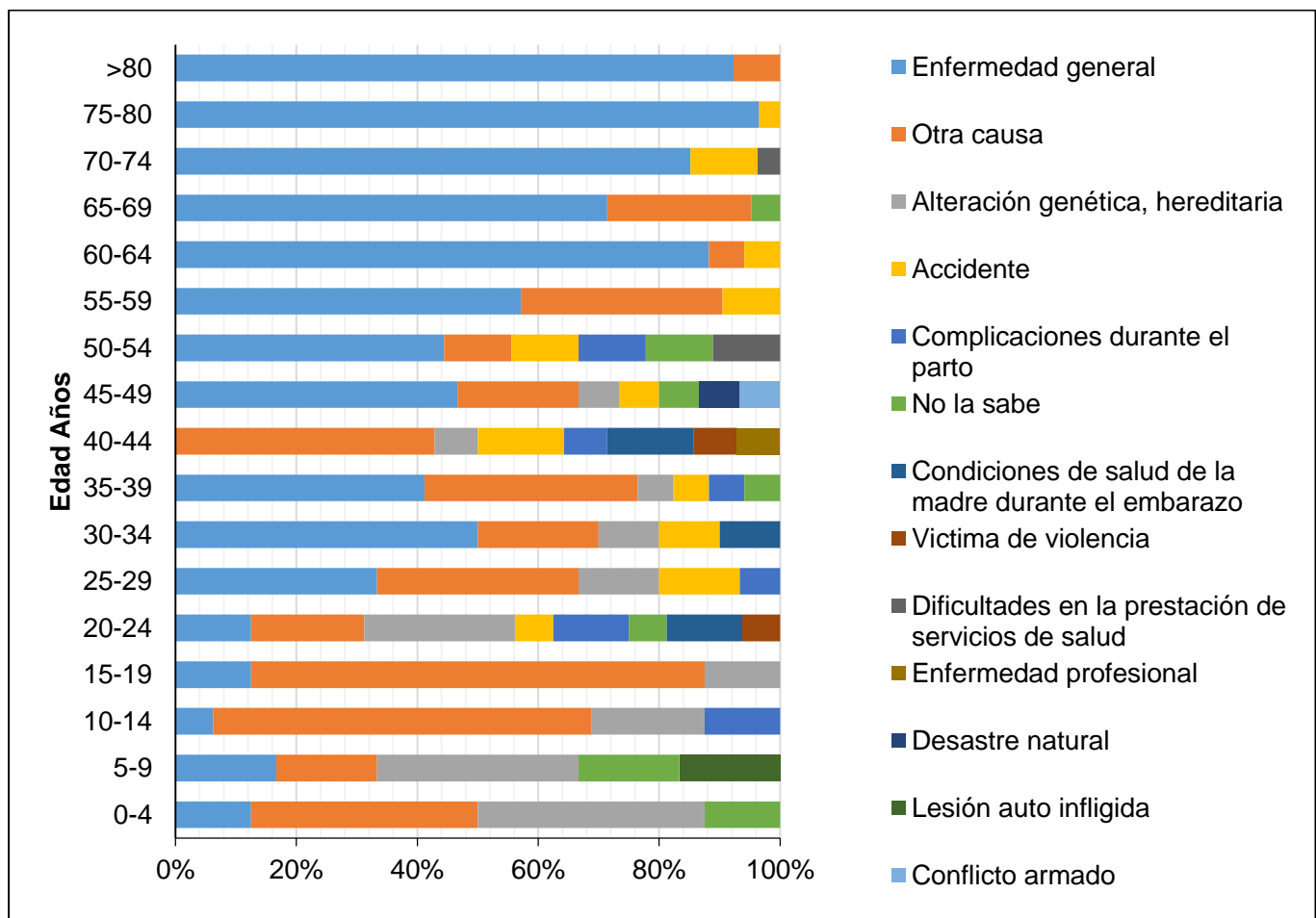
Según fuente APS periodo 2013-2016 se tiene un registro de 89 personas (37 hombres y 52 mujeres), de los cuales son 30 adultos, 22 jóvenes, 2 adolescentes y 29 niños (17 niños menores de cinco años); para los adultos 7 hombres con un promedio de 39 años y 17 mujeres

con un promedio de 41 años, pertenecientes al régimen contributivo 2 y al régimen subsidiado 13 personas, 1 persona al régimen especial y 8 personas no aseguradas; en cuanto el nivel educativo 12 personas tienen primaria, 10 secundaria y 2 sin especificar.

### Personas con discapacidad

La Subred Norte tiene una población total de 11722 personas en condición de discapacidad, lo que corresponde al 25,9 % de la población del distrito. Dentro de la población de la Subred, (5807) personas son hombres 49,5 % y (5.915) mujeres 50,5 %. El total de la población en condición de discapacidad de la localidad de Engativá es de (1.254) personas que corresponde al 10,7 % de la Subred Norte y el 2,8 % del total del distrito. De ese total, se desprenden (543) hombres 4,6 % y (711) mujeres 6,1 % (figura 14).

**Figura 14. Origen de la Discapacidad según edad, localidad de Barrios Unidos, 2016**



Fuente: SDS. Base de datos Discapacidad 2016.

En la localidad de Barrios Unidos, la población que tiene alguna incapacidad en el curso de vida de primera infancia es de 25 (2 %) niños, siendo las afectaciones del sistema nervioso lo más repetido 16 (1,3 %). Existen 77 infantes (6,3 %) donde (69) 5,6 % tienen afectaciones en el sistema nervioso, siendo el evento más diagnosticado. Para el curso de vida adolescencia se repite el evento mayormente diagnosticado con 55 adolescentes (4,5 %) siendo el total de la población adolescente en condición de discapacidad de (71) adolescentes 5,8 %. La población joven en condición de discapacidad es de (95) 7,7 %, donde el evento más diagnosticado son afectaciones en el sistema nervioso con (50) 4,1 % jóvenes afectados. En el curso de vida adultez, la población es de (277) personas 22,6 %, donde la afectación más frecuente son las alteraciones en el movimiento del cuerpo (113) adultos 9,2 %. Y para el curso de vida vejez, hay un total de (683) adultos mayores 55,6 % donde la mayoría sufre afectaciones en el movimiento con (309) personas adultas mayores 25,2 %.

### **Personas en ejercicio de prostitución**

La población en ejercicio de prostitución en la Subred Norte se enumera en su totalidad con 165 personas, de las cuales 17 son hombres y 148 mujeres. Dentro de la localidad, la población en ejercicio de prostitución la componen en su totalidad 69 personas, de las cuales 7 son hombres y 62 mujeres. En el curso de vida Juventud, se registran 4 hombres y 36 mujeres; en el curso de vida adultez se registran 3 hombres y 36 mujeres; no se tiene registro de población en ejercicio de prostitución en el curso de vida vejez.

### **Ciudadano habitante de calle**

La población habitante de calle para la Subred Norte cuenta con un total de 414 personas, de las cuales 295 son hombres y 119 son mujeres. Para lo concerniente en la localidad de Barrios Unidos, se tiene registro de una población habitante de calle de 14 personas, que se compone de la siguiente manera: 1 adolescente varón; 5 jóvenes hombres y 5 jóvenes mujeres; en el curso de vida adultez se registran 2 hombres adultos y una mujer. No se tienen registros de habitantes de calle adultos mayores.

## Otras poblaciones

En la localidad se registran un total de 6 personas reinsertadas, de los cuales 2 personas son adultas, un hombre y una mujer; 4 para vejez, un hombre y 3 mujeres.

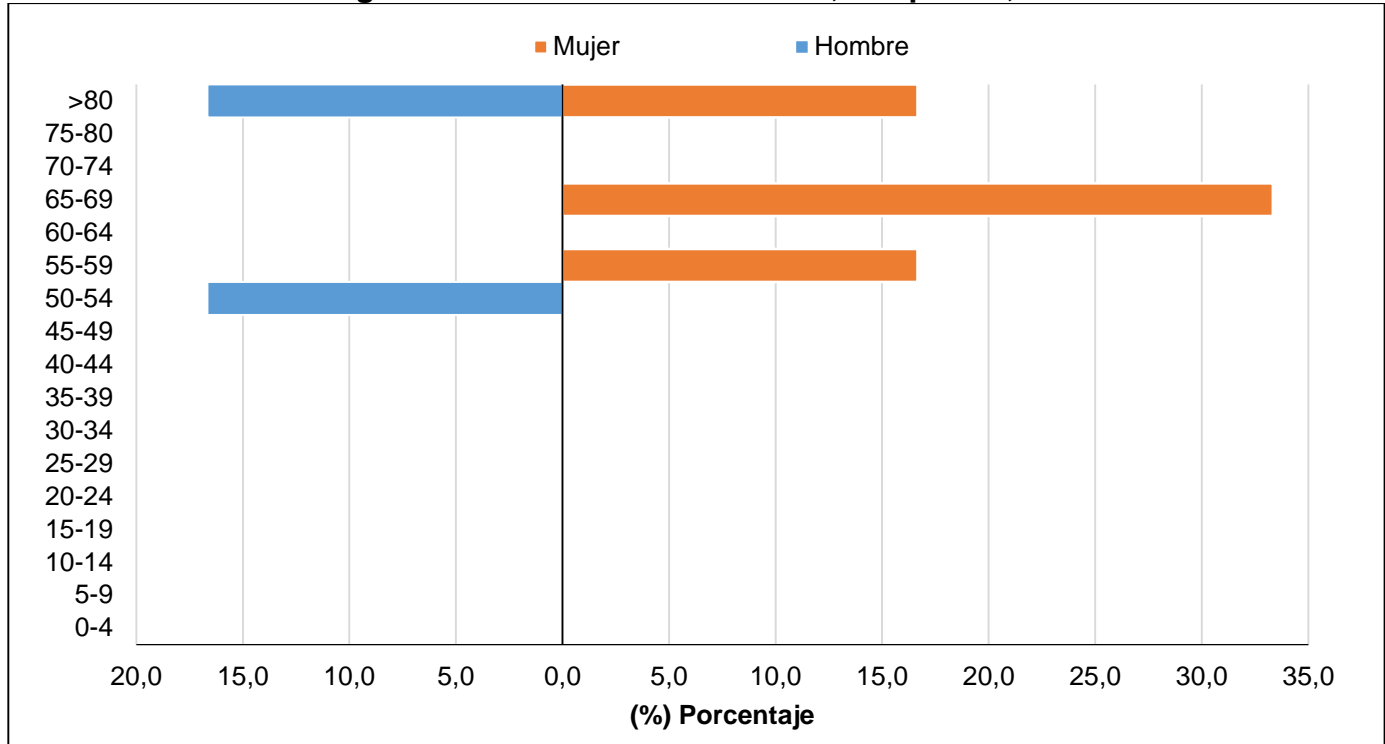
La población de recicladores en la Subred Norte es de 277 personas, de las cuales 82 son hombres y 195 son mujeres. Para la localidad, la población recicladora es de 9 personas en total, dentro de los cuales se registra 1 niño y 3 niñas dentro del curso de vida de primera infancia; 1 joven varón; 3 hombres adultos y 1 mujer adulta mayor.

La población carretera de la Subred Norte, se compone de 29 personas en total, 6 hombres y 23 mujeres. Por su parte, en la localidad de Barrios Unidos, se compone de sólo 1 mujer adolescente en total para la localidad. Y dentro de la población de pequeños bodegueros, la población total es de 7 personas, de los cuales 2 niños y 1 niña se sitúan en la primera infancia; 1 mujer adolescente, al igual que 1 mujer joven; y por último, 2 hombres en el curso de vida de vejez.

Para el desarrollo del capítulo 4 del documento de análisis se hará un ejercicio progresivo en el cual hasta esta entrega se ha hecho la apropiación conceptual de las poblaciones y su descripción demográfica, el siguiente ejercicio se realizará la relación población-territorio (figura 15).

Por otra parte, también se encuentran recicladores 40 personas 37 adultos (16 hombres y 21 mujeres) 1 adolescente y 2 niños. Del total de personas 31 son del régimen subsidiado, 1 contributivos, y el resto sin aseguramiento; 22 personas registran nivel de escolaridad primaria y 8 personas secundaria y el resto sin especificar.

También se encuentran pequeños bodegueros 10 personas adultas, de los cuales 5 son hombres y 5 son mujeres, 8 personas del régimen contributivo y del régimen subsidiado 2 personas, con nivel de escolaridad primaria 7 personas, secundaria 1 persona y el resto sin especificar.

**Figura 15. Población reinsertada, Chapinero, 2016**

Fuente: Base de datos APS Distrital 2013-2016.

#### 4.2 Relación población territorio

Es evidente que la población genere una serie de vínculos con su territorio poniendo de manifiesto distintas formas de distribución espacial, de ocupación territorial, de migración, condiciones de vida, ejercicio laboral; en general refleja mecanismos de interacción económica, política, social y cultural que los mismos establecen entre sí como personas y como integrantes de diversos grupos e instituciones. Estos vínculos a su vez son procesos históricos que han venido definiendo las estructuras demográficas y dinámicas del entorno geográfico.

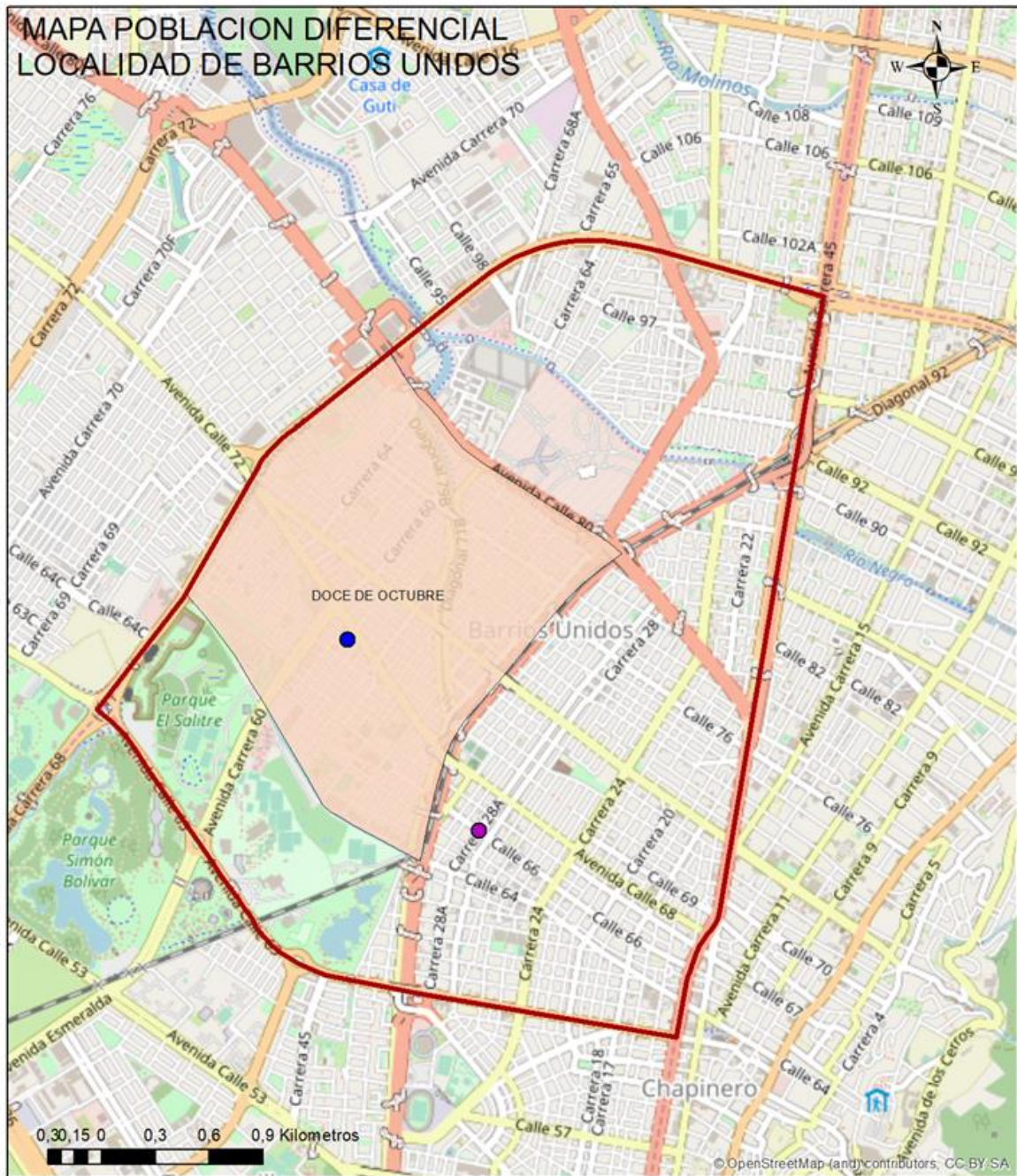
De allí, que se presume para este apartado poder entender la relación de las poblaciones diferenciales y el territorio que abarca la Subred Norte de Salud. Para ello se realizaron unidades de análisis en donde participaron los espacios de acción, los programas y el componente 1 de Gobernanza, principalmente los encargados de las políticas que conciernen a las poblaciones diferenciales.

Dentro de dichas unidades de análisis se elaboró cartografía social que con la participación del componente geográfico del equipo ACCVSYE se logró definir y reproducir un mapa que sintetizó toda la información recolectada en esta unidad y acompañada del proceso acumulativo que se ha realizado con la apropiación conceptual y la información relacionada a los aspectos demográficos de las poblaciones (mapa 5)

Es de anotar que por efectos administrativos y de contratación dentro del talento humano de la Subred Norte de Salud, gran parte de la información que se ha recolectado de manera efectiva y oportuna se encuentra en construcción y recolección, lo que ha presentado dificultades para un correcto y amplio abordaje en cada una de las localidades.

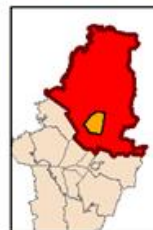
Para esta unidad de análisis se recolectó la mayor información posible que acerca el conocimiento de las poblaciones diferenciales y la forma en que estas se relacionan con el territorio, sus problemáticas, deberes y responsabilidades que se obtuvieron de las mesas locales, los comités y demás espacios de participación en las que hace presencia salud.

Mapa 5. Población diferencial, localidad de Barrios Unidos



SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD  
SUB SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD  
SUBRED NORTE  
BOGOTÁ  
2017

- DISCAPACIDAD
- PUNTO DE ATENCIÓN LGTBI
- ▭ BARRIOS UNIDOS
- ▭ LGTBI



Sistema de coordenadas:  
MAGNA SIRGAS  
Fuente cartográfica:  
IDECA 2016  
Fuente de dato: cartografía social  
POSICIONAMIENTO DE LAS  
POLÍTICAS PÚBLICAS y ACCVSyE  
Elaboración: Equipo ACCVSyE



Fuente: cartografía Social ACCVSyE

Para la población diferencial de la localidad de Barrios Unidos, específicamente la población con discapacidad cuenta con un plan con 4 objetivos, los cuales son: la reformulación de la política pública, los medios de accesibilidad, la empleabilidad y el trabajo y el acceso a la salud; el cual es el principal objetivo con el que cuenta con la participación desde salud.

Estos objetivos y mesas de discapacidad tienen presencia en las seis localidades que componen la Subred Norte. Se cuenta con la mesa de discapacidad y la secretaria técnica del consejo local de discapacidad a cargo de salud en el cual hacen presencia 14 instituciones y en algunas se hace presencia con 7 concejeros que intervienen en ella. Si bien los centros Crecer tienen presencia en todas las localidades de la Subred Norte, para Barrios Unidos comporta funcionamiento junto con la localidad de Chapinero, que se encuentra ubicada en la Carrera 58 # 67D-31.

En lo concerniente con población víctima del conflicto, la localidad no cuenta con mesa de víctimas, puesto que sólo se inscribieron dos organizaciones víctimas del conflicto. Los parámetros que se utilizan para que una organización sea aceptada como tal, es que tengan un liderazgo con la comunidad, sean reconocidos por la misma, tengan trabajo con población desplazada, certificación ante personerías y carta de desplazamiento. La localidad no cuenta en su territorio de un CLAV (Centro Local de Atención a Víctimas).

En el sector correspondiente al barrio 7 de agosto, ocurre una emergencia con la población en ejercicio de prostitución, donde se activó un comité de atención inmediata con todas las entidades del distrito, la cual se agrava por el enfrentamiento o “guerra” de fronteras invisibles, donde los actores pertenecen a la misma población en ejercicio de prostitución. Si bien no hay una denuncia formal por parte de la población, sí hay conocimiento “informal” de la problemática en la zona.

La problemática consiste en que si una mujer en ejercicio de prostitución o cualquier persona integrante de la población LGBTI, se sitúa en un sitio en particular donde otra ha estado más tiempo, debe pagar una suma de dinero a la otra mujer, si hay una negativa a esta demanda, la mujer que no pague puede ser víctima de golpizas. Para las autoridades, la sospecha y los indicios, muestran en una primera investigación que existen organizaciones dedicadas a la trata de personas en la localidad.



La localidad tiende a ser el territorio donde llega esta población en ejercicio de prostitución a practicar esta actividad, pasando en primer lugar por la localidad de Chapinero donde cooptan a las personas, después a Teusaquillo, llegando a la localidad de Barrios Unidos. Igualmente, en el barrio 12 de octubre, también se sospecha de trata de personas junto con población infantil.

Respecto a mujer y género, existe la casa de oportunidades para la mujer en la localidad donde se llevan a cabo los seguimientos al Plan de Acción. La característica de las mujeres líderes en la localidad, se caracterizan por ser cuidadoras de una tercera persona en la familia, lo cual dificulta la habitual participación en las mesas, lo que difiere de otras lideresas en las demás localidades de la Subred Norte, las cuales se notan más empoderadas frente a las políticas y funcionamiento de la Casa de Oportunidades para la Mujer.

#### **4.3 Condiciones de vida y determinantes de la población diferencial**

El análisis de las condiciones de vida y los determinantes sociales de la salud de las poblaciones diferenciales que hacen parte del territorio que abarca la Subred Norte de Salud, se realizaron a partir de diferentes unidades de análisis en las que a través de metodologías cualitativas como lo fueron la cartografía social y los grupos focales, se logró recolectar la información necesaria para poder realizar un ejercicio de priorización de poblaciones en el cual se lograra acercar a la realidad de la situación en salud en las que se encuentran inmersas. Estas unidades de trabajo, se realizaron con funcionarios de la Subred Norte de componentes como gobernanza, espacio trabajo, y vivienda; este último con la particularidad de contar con funcionarios-gestores que pertenecen a diferentes poblaciones diferenciales y se reconocen como líderes de estas.

Para poder priorizar la población a trabajar, se realizó un ejercicio acumulativo, en donde se analizaron factores como los datos demográficos, la relación población territorio y la información recolectada a través de la experiencia y el funcionamiento de las personas encargadas de trabajar directamente con las comunidades. Se tomó en cuenta los lugares donde hubiera espacios de encuentro, lugares de socialización de las comunidades y la intervención desde salud con las poblaciones.

La población ha sido priorizada, pero cabe anotar que muchas de estas comunidades cuentan con más de una condición que las encasilla como diferencial. Por consiguiente, en este análisis se podrá describir condiciones y características de poblaciones que no necesariamente son las priorizadas pero que hacen parte de la misma, como el hecho de ser parte de una población víctima de conflicto armado aparte de su condición étnica.

En el ejercicio local y como se ha expuesto en apartados anteriores, la presencia y relación de las poblaciones diferenciales es múltiple, con este ejercicio de priorización se enfatizara el análisis de una población por cada una de las seis localidades que hacen parte de la Subred Norte de salud; no obstante, no con eso se puede dejar de lado el esfuerzo y trabajo que se realizan desde los diferentes componentes y espacios de salud pública con las otras poblaciones, lo cual es un trabajo arduo y relevante dentro del accionar de la salud.

#### **4.4 Población priorizada: Población en ejercicio de prostitución**

La localidad de Barrios Unidos no se reconoce como una localidad donde se concentran zonas donde se ejerza la prostitución. Sin embargo, la práctica de esta actividad, viene haciéndose más frecuente. Uno de los determinantes que afectan la práctica de esta actividad económica se concentra en la inseguridad del sector donde se ejerce la prostitución, la cual se convierte en una amenaza constante para las personas en ejercicio de prostitución. El robo con arma blanca, es la modalidad que más padecen y se enfrentan las mujeres en ejercicio de prostitución en cualquier hora de la noche, intensificándose el peligro, en horas de la noche, desde las 10:00am hasta el amanecer 6:00am.

Adicionalmente, se siente en esta población la existencia de una estigmatización hacia las personas que ejercen la prostitución de parte de la sociedad en general, de los grupos políticos y legislativos del país. Pues la comunidad manifiesta que los proyectos de ley para “castigar” a los hombres que consumen los servicios de prostitución, no están contribuyendo a mejorar la percepción que tiene la sociedad hacia la profesión más antigua del mundo, como el mismo gremio la llama.

Otros de los determinantes estructurales se pueden identificar en las condiciones de vida de las mujeres que deciden ejercer la prostitución en la localidad, en su mayoría son personas

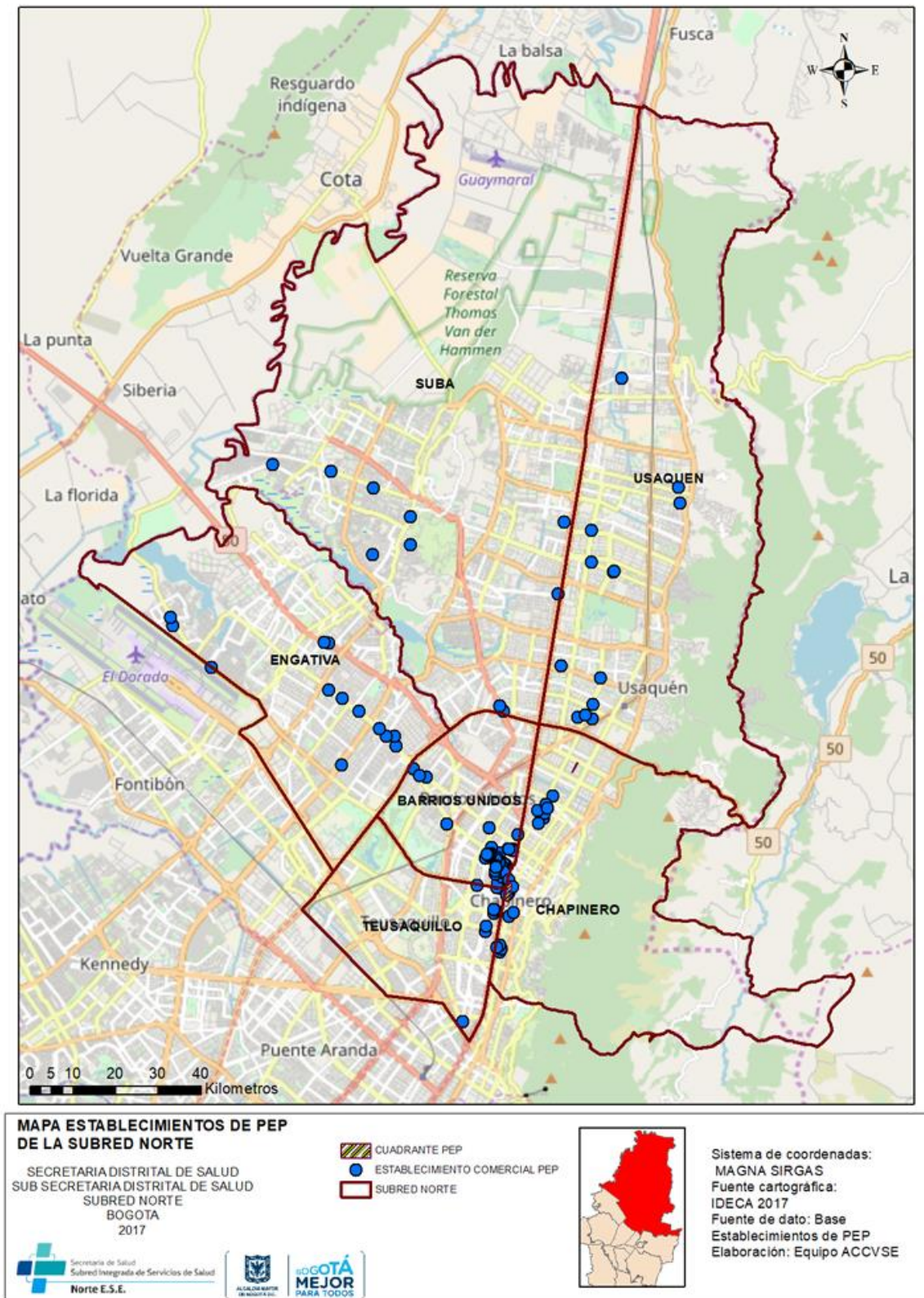
que viven en condiciones de pobreza y bajos ingresos económicos. Igualmente, las mujeres que tienen hijos menores de edad, deciden ejercer la prostitución como la alternativa más accesible para conseguir dinero y el sustento de su familia.

En materia de condiciones laborales, la población en ejercicio de prostitución, se caracteriza por no tener un sitio único donde ejerce la actividad. La rotación en los establecimientos donde se practica el intercambio sexual, causa una inestabilidad laboral que se representa en un ingreso económico variado e inestable, lo que aumenta el riesgo de vulnerabilidad económica de no sólo de las personas que ejercen la prostitución, sino el de sus familias, pues la mayoría, son mujeres cabeza de hogar, teniendo a cargo uno o más hijos.

Otro de los factores que afectan la actividad en la localidad, es la llegada de población venezolana, lo que está causando un efecto de “rebaja” de la tarifa del intercambio sexual, pues las mujeres en ejercicio de prostitución que llegan al territorio desde el país venezolano, ofrecen sus servicios sexuales con tarifas casi a la mitad de precio menos, que a las normalmente estipuladas. Esto genera disputas en el territorio por las zonas donde las nuevas personas pueden ejercer su actividad y por la disputa de clientes habituales que eligen sólo una mujer.

Además de lo anterior, la llegada de personal venezolano hace que las tarifas bajen, lo cual causa inestabilidad en el ingreso económico y menos dinero para satisfacer las condiciones básicas de vida digna. Esto se agrava ya que las mujeres que ejercen la prostitución, no son dueñas de los establecimientos, sino que los dueños de dichos establecimientos, les piden una cuota definida con anterioridad, que debe ser pagada antes de concretar el servicio sexual con el cliente. Es por esto, que el dinero que las mujeres reciben de los clientes, de allí debe apartar el dinero que pide el establecimiento. Esto se convierte en un problema, pues como las tarifas se bajan por la presencia de la oferta venezolana en la localidad y los establecimientos no modifican la tarifa de “alquiler” donde se concreta el intercambio sexual, la diferencia o pérdidas económicas las sufren directamente las personas en ejercicio de prostitución (mapa 6)

**Mapa 6. Establecimientos de prostitución identificados por localidad, Subred Norte, 2017**



Fuente: Base PEP E. Trabajo

#### 4.5 Análisis de situación en salud de las poblaciones

Para el proceso de identificación de necesidades de las poblaciones priorizadas que hacen presencia en las seis localidades que abarca el territorio de la Subred Norte de salud, se realizaron diferentes unidades de análisis con la participación de componentes como Espacio Público, Espacio Trabajo, Programas, Gobernanza, Espacio Vivienda y Espacio Educación, con los cuales se lograron resaltar situaciones que han generado afectaciones al bienestar social en general de cada una de las poblaciones.

En esa medida, tras un ejercicio con los grupos funcionales por momento de curso de vida, se abordaron las poblaciones por medio de sus principales dificultades en relación con el territorio en donde se encuentran residiendo o desarrollando socialmente; para ello se tuvieron en cuenta variables relativas a las características demográficas de la zona geográfica y los determinantes sociales de la salud que pueden influir para el desarrollo y calidad de vida de las comunidades.

Por otro lado, en escenarios de análisis con el espacio Trabajo, se analizaron principalmente las necesidades de la población en ejercicio de prostitución, en los cuales, se definieron metodologías como la generación de núcleos problemáticas por localidad, para así poder hacer una identificación de los principales aspectos afectados de la población y sus entornos.

De igual manera, desde el espacio educación se hizo una recopilación de la información que se ha venido trabajando en las instituciones educativas donde se hace presencia y se identificaron las acciones y necesidades de las poblaciones diferenciales.

Finalmente, en asociación con Gobernanza y la líder del componente de rutas, la cual socializó la base de datos con los casos que necesitan activación de las mismas para la atención en la cual se debe diligenciar el componente poblacional, se hizo un proceso para poder conocer los casos de las poblaciones priorizadas y así poder entender qué necesidades tienen o han manifestado.

Tanto la identificación de necesidades como el abordaje de las poblaciones, tal como se dijo anteriormente, no puede ser generalizado y debe ir acorde al concepto y la variable diferencial de cada una de las poblaciones, por lo que resulta pertinente explicar que en este apartado se

buscara una aproximación con la información recolectada que aproxime el análisis de las poblaciones priorizadas en cada una de las localidades de la Subred Norte.

### **Población priorizada: personas en ejercicio de prostitución**

Para el caso de Barrios Unidos se buscó identificar las principales necesidades de la población en ejercicio de prostitución, por lo que se llevó a cabo unidades de trabajo con diversos perfiles profesionales en las que se analizaron no solo las principales notificaciones en salud de dicha población sino su compleja dinámica social al interior de la localidad y su construcción espacial ante una actividad económica propia. En esa medida, fueron participes grupos sectoriales acompañados de una fuerte base comunitaria representada en dueños de establecimientos y mujeres participantes y en ejercicio, que a través de un ejercicio de debate trabajó por medio de la metodología de grupo focal la identificación de necesidades de la población.

Es menester resaltar que de igual manera se generaron insumos bajo la modalidad metodológica de núcleos problemáticos respecto al ejercicio de la prostitución abarcando poblaciones más afectadas, es decir, especificando sus características más relevantes: sexo, edad, origen, escolaridad, lugar de residencia; desde un enfoque de reconocimiento de derechos vulnerados, diferencial, poblacional y territorial. Así mismo, se concentraron análisis en las consecuencias que ha conllevado las situaciones problemáticas y las necesidades de esta población en la comunidad no solo en la actualidad sino desde un proceso histórico de larga duración.

A partir de la definición de las problemáticas en la temática, se hizo un énfasis primordialmente en las dificultades más sentidas de gran impacto que, a través de la experiencia de los funcionarios, se identifican como urgentes para dirigir el trabajo en la dirección de la reducción de dichas necesidades. De hecho, se logró recompilar un ejercicio cartográfico en la que se reconocía el territorio con las amenazas y situaciones asociadas al ejercicio de prostitución en la localidad y la Subred Norte.

Partiendo de lo anterior, se evidencia que espacialmente en Barrios Unidos el fenómeno de la prostitución recae en las UPZ Los Alcázares y Doce de octubre, las relaciones económicas relacionados al ejercicio de la prostitución difieren entre una y otra UPZ. En la UPZ Los

Alcázares, se ejerce una prostitución más formal y exclusiva que en la que se ofrece y presenta en la UPZ Doce de octubre, es decir, mientras en el primer escenario existen establecimientos reconocidos con una forma de contrato verbal en el segundo escenario las personas buscan lugares ocultos, calles específicas y relaciones de poder en términos laborales que no favorecen las condiciones de las personas en ejercicio. Estas diferencias generan necesidades particulares que obedecen a la zona y las relaciones que surgen de la actividad en la localidad.

Se manifiestan necesidades en la población en ejercicio de prostitución en lo que concierne al saneamiento de los lugares físicos en donde se realiza el intercambio sexual. Las condiciones sanitarias de muchos lugares en ambas UPZ tienden a generar riesgos en la salud de la población en ejercicio de prostitución, al igual que a la población que demanda los servicios sexuales, pues no hay una conciencia de higiene por salud por parte de los actores involucrados. Esto se fortalece por la falta de seguimientos más rigurosos y constantes por parte de las instituciones y sectores, y por la ausencia de penalidades económicas o punitivas que obliguen al mejoramiento de las condiciones de salubridad de los cuartos y zonas de encuentro sexual que existen dentro de la localidad.

De igual manera, se identifica la llegada de población migrante en ejercicio de prostitución, situación similar a lo que se presenta en la localidad de Chapinero. Sin embargo, las características de la población migrante en la localidad, se pueden identificar como “diferentes”, ya que la población que ejerce la prostitución de origen venezolano es adulta y adulta mayor con edades promedio entre los 25 y 45 años; ofrecen el servicio sexual con tarifas notablemente más bajas que las acordadas por la población en ejercicio de prostitución colombiana, haciendo que se concentren grandes grupos de población femenina venezolana en Barrios Unidos.

Lo anterior genera una tensión entre ambas poblaciones en materia económica y competitividad laboral de sobrevivencia. Esta disminución de las tarifas, genera una disminución en el ingreso económico percibido de la población en ejercicio de prostitución a nivel general. Esto a su vez genera un incremento en el riesgo de vulnerabilidad, mayor riesgo de caer en la pobreza y la violencia aportando al aumento de los índices de desigualdad de la localidad.

Por su parte, la llegada de población venezolana en ejercicio de prostitución, ha generado el aumento de contagio de ITS en especial la sífilis en la población de la Subred Norte. Esta situación obliga a la necesidad de generar y reforzar las campañas de educación sexual y reproductiva y aseguramiento, enfocándose en la capacitación en la óptima utilización de los métodos anticonceptivos y cuidados que se debe tener durante el proceso del intercambio sexual.

Este conflicto genera una necesidad de supervisión por parte de las instituciones estatales, que regulen la práctica y tarifas de esta población. De la misma manera, desde el sector salud, se evidencian necesidades en la población de programas o visitas, que ayuden en la información de los riesgos frente al consumo excesivo y/o controlado de sustancias psicoactivas.

Adicionalmente, se presenta un gran vacío en la información respecto a la salud sexual y reproductiva, ya que se ha notificado un aumento en los casos de sífilis, lo cual puede estar relacionado con la llegada de la población venezolana en ejercicio de prostitución. De este evento, se requiere que la población migrante venezolana tenga una información clara por parte de las autoridades de salud, pues si bien, esta población no tienen una residencia legalizada en Colombia, lo cual dificulta la prestación de servicios en salud, sí se debe efectuar campañas informativas relacionadas al cuidado de la salud sexual, pues las personas contagiadas son colombianas, lo cual afecta directamente la salud pública del Distrito, aumentando los costos en la atención en salud y disminuyendo la calidad de vida de los bogotanos.

### **Necesidades población étnica**

Las necesidades más marcadas para esta población es la falta de oportunidades laborales formales. El desempleo, genera necesidades como alteraciones y falencias en la nutrición de la población. De igual manera se genera la necesidad de mejorar el tema de aseguramiento en salud que depende del puntaje del SISBEN. Adicionalmente, se genera la necesidad de mejorar las condiciones de tratamiento en las personas con hipertensión.



### **Necesidades población LGBTI**

La población LGBTI tiene como necesidades en la localidad específicamente con las mujeres transgénero, las cuales trabajan en la zona de tolerancia del 7 de agosto, la necesidad de esta población específica es de reforzar las garantías mínimas de seguridad, para el desarrollo de su trabajo.

### **Necesidades habitante de calle**

La falta de adherencia a las actividades propuestas desde las diferentes instituciones, haciendo énfasis en las jornadas de desarrollo personal, pues en dichas jornadas se evidencia la poca participación de la población habitante de calles, siendo esta la necesidad más llamativa, ya que la oferta institucional es grande, pero no se obtienen los resultados esperados.

### **Necesidades discapacidad**

Una de las principales necesidades identificadas en la localidad es que en el momento no se cuenta con un proyecto de Banco de ayudas Técnicas, haciendo que la población con discapacidad, que no tenga la capacidad económica para la consecución de estos elementos, no pueda acceder a los mismos, desmejorando su independencia, autonomía, movilidad y a su calidad de vida.

Además, persisten las barreras arquitectónicas en la mayoría de instituciones locales, lo que impide a la población con discapacidad un acceso eficiente ante las entidades. Frente a las Barreras urbanísticas, en las obras del distrito no se cuenta con un apoyo del Consejo Local de Discapacidad, líderes de la población o consejeros entre otros actores que aporten sugerencias y recomendaciones para la realización de ajustes razonables, los cuales favorezcan la movilidad y el goce efectivo del espacio público de la población.

Otra necesidad es la falta de programas culturales, recreativos y deportivos para la población con discapacidad. Además de la falta de escenarios para el goce de actividades culturales y recreo deportivas para la localidad. El poco acompañamiento de la administración local en la visualización de la población con discapacidad.

También se cuenta como una necesidad la disminuida oferta institucional frente a la oferta laboral, de emprendimiento y de empleabilidad para la población con discapacidad. Sumando a lo anterior la poca oferta de programas, proyectos e intervenciones de salud a la población con discapacidad.

Para finalizar, las necesidades que se evidencian en las dificultades en el acceso a los servicios de transporte público. En esta localidad en el sector del siete de agosto y doce de octubre, no se puede transitar por invasión de automóviles en las aceras y andenes, invadiendo el espacio público.

#### **4.6 Acciones y respuestas en salud**

Dentro del modelo de salud de la Bogotá Mejor Para Todos, en donde la salud urbana se convierte en un eje principal del accionar del modelo de atención en salud para la población que hace parte del distrito capital. La urbanización de las poblaciones en los últimos años, ha hecho que la atención de la salud pública se preocupe por los efectos en la calidad y desarrollo de vida de los individuos y su entorno en esa transición y cambio a las grandes metrópolis mundiales.

Bogotá, D. C. se ubica en el conjunto de las diez ciudades con mayor población en América Latina, ocupa el sexto lugar en el continente y el primero en el país. (23) Lo que convierte al distrito capital en un territorio en donde el modelo de atención en salud debe estar enfocado a las características de vida, consumo, trabajo, desarrollo y educación entre otras de la urbanización que ha llevado el país en su modelo de desarrollo.

Para poder generar el enfoque de salud urbana, se intervienen los espacios de desarrollo de vida y el trasegar de los individuos y la comunidad residente de la ciudad capital. Estos espacios son: la vivienda, escuela, el trabajo y el espacio público.

Los modelos de urbanización mundial implican unos cambios en el devenir de la comunidad de un país, generando situaciones y modificaciones en los medios de producción, de socialización y de desarrollo de las comunidades. Las grandes metrópolis se convierten en lugares receptores de la población de toda la nación y los movimientos demográficos

enmarcados en la globalización hacen que los movimientos de urbanización trasciendan las fronteras políticas de las naciones.

En el caso particular de la ciudad de Bogotá, la recepción de población de diferentes lugares, culturas y comportamientos, hace que se genere una atención con enfoque diferencial, en el cual, en búsqueda de la equidad, se pueda respetar y reconocer las diferencias de cada uno de las comunidades que hacen presencia en el territorio y sus particularidades.

Las poblaciones diferenciales priorizadas en las localidades de la Subred Norte, tienen una atención enmarcada en los cuatro espacios de desarrollo de vida y así poder identificar, reconocer y generar estrategias y acciones que respondan a su situación en salud e incidir positivamente en sus determinantes sociales de la salud.

Partiendo de las necesidades descritas en apartados anteriores sobre la población priorizada y de las dinámicas durante el ejercicio de su actividad económica, la cual se desarrolla en términos de ejercicio o vinculación a la prostitución, se considera pues necesario hacer explícito el abanico de respuesta y el exitoso accionar desde el sector salud que ha permitido mitigar muchas de las situaciones y dificultades identificadas.

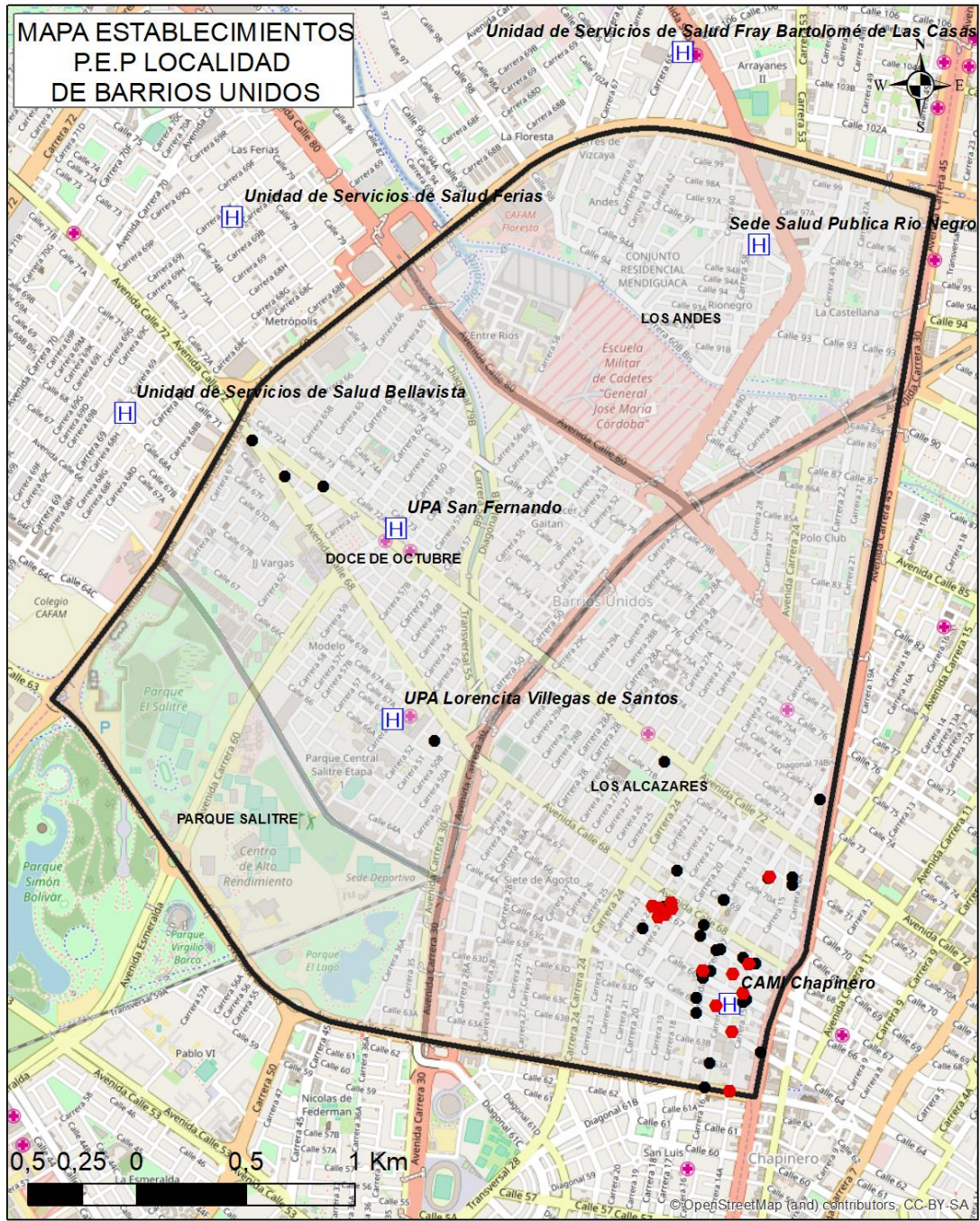
Por un lado, cabe destacar el ejercicio de la “Escucha activa” que se ha desarrollado durante la vigencia lo cual hizo posible abordar tanto a personas en ejercicio de la prostitución como también a todas las personas que se encuentran vinculadas a esta actividad económica. El aspecto a resaltar es la fuerte “interlocución” con las personas relacionadas con situaciones propias de esta actividad y las cuales se encuentran presentes en la cotidianidad de la población; uno de los temas que más inquieta a la población son los riesgos que se pueden presentar por el mal uso del preservativo y, por ende, la ruptura del mismo. También es de mencionar el manejo y desarrollo de temas tales como infecciones de transmisión sexual -ITS, situaciones de violencias, aseguramiento y portabilidad en salud, socialización de los motivos de la población venezolana para migrar a Colombia, entre otros.

Dentro de la escucha activa, se realizan asesorías psicosociales en los que se incluye orientación e información en violencias, con la socialización de las rutas de atención y de la línea púrpura de la Secretaría de Salud y la Secretaría de la mujer; la construcción y

organización de proyectos de vida, en especial de personas venezolanas que han ingresado al país, de forma legal e ilegal, con el fin generar recursos económicos para mejorar la calidad de vida de sus grupos familiares, que en algunos casos aún se encuentran en Venezuela; en este sentido la acción se orienta en organizar la vida laboral, económica, social y familiar, para proyectar otros caminos a corto, mediano y largo plazo.

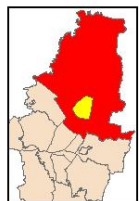
Sumado a lo anterior, se trabaja en otros casos en acciones de alimentación saludable, como apoyo a la mitigación de riesgos frente al consumo de Sustancias Psicoactivas, las cuales se suelen conocer en espacios laborales como la prostitución, no solamente por la dinámica desarrollada en estos contextos, sino también por las dinámicas horarias que se viven a diario, e incluso como medio de manejo de la misma actividad económica. En este mismo trabajo se da a conocer dentro de la asesoría psicosocial, estrategias pedagógicas a través de piezas comunicativas en cuanto al manejo de comportamientos de ansiedad, que afectan la sociedad del día de hoy (mapa 7).

**Mapa 7. Establecimientos de prostitución intervenidos, localidad de Barrios Unidos, 2017**



SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD  
SUB SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD  
SUBRED NORTE  
BOGOTÁ  
2017

- Establecimientos Intervenido
- Establecimientos P.E.P.
- H U.S.S
- UPZ
- BARRIOS UNIDOS



Sistema de coordenadas:  
MAGNA SIRGAS  
Fuente cartográfica:  
IDECA 2017  
Fuente de dato: Base PEP  
Elaboración: Equipo ACCVSE



Fuente: Base PEP E. Trabajo

Por otro lado, es menester decir que “los recorridos” en el territorio más que una caracterización y reconocimiento tiene su sentido en un acercamiento real a la situación generando respuesta inmediata a las dificultades, prueba de ello es la entrega física y una orientación sobre el uso adecuado del condón como método de barrera para prácticas con personas del mismo sexo y también del sexo contrario, lo cual permite reducir un poco los riesgos a los que se expone la población. También se aprovecha la actividad para enfatizar que los riesgos no solamente son generados por los clientes, sino que sus parejas también deben ser contempladas como riesgosas en el caso de que no se utilice preservativo durante las relaciones con los mismos.

También se llevan a cabo asesorías pre y post, dentro del marco de los tamizajes para VIH y Sífilis, las cuales fueron ejecutadas mediante la realización de jornadas de servicios en las cuales se ofrece asesoría en salud sexual y reproductiva, asesoría psicológica, asesoría en trabajo social y demás temas de interés en la población sujeto de esta intervención. Como resultado de estos tamizajes se tiene que el 100 % de las pruebas hechas para VIH son: NO REACTIVAS; a pesar de que se evidencia el desconocimiento en la gran parte de la población abordada respecto a los eventos y sus comportamientos. Por otro lado, las pruebas de Sífilis, de un total de 90 pruebas realizadas en la localidad, 13 pruebas resultaron POSITIVAS para Sífilis, siendo la localidad donde más se presentaron eventos de Sífilis dentro de la Subred Norte.

En proceso de articulación con el espacio trabajo, se realizan acompañamientos y caracterizaciones de los establecimientos con el propósito de generar un abordaje a estas unidades de trabajo informal -UTI y desarrollar un proceso de socialización de riesgos, con el fin de mejorar las condiciones laborales de las personas que son encontradas dentro de dichos espacios. En los establecimientos de encuentro sexual en donde se desarrollan estas actividades lúdicas, se ha trabajado paralelamente entre el equipo Psicosocial conformado por una Trabajadora Social y una Psicóloga y el equipo de salud, conformado por dos auxiliares de enfermería.

Con referencia a los temas, se trabaja desde el equipo Psicosocial, resolución de conflictos haciendo énfasis en diversas temáticas como lo es el manejo adecuado de las expresiones verbales y no verbales, las cuales se ven inmersas directamente en la solución de conflictos

en todos los ámbitos de vida cotidiana. Así mismo, se orienta en las rutas para la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en salud tanto para colombianos residentes en Bogotá y en otros municipios o departamentos como a personas provenientes de otros países con ingreso a Colombia según la norma; cada una de las intervenciones se enfocan en promover el autocuidado y la autorresponsabilidad.

Desde las acciones del equipo de salud, se trabajan en los métodos de protección más seguro en prácticas sexuales diversas, enfocando el manejo en el uso correcto del preservativo con el apoyo de modelos pélvicos y ejercicios prácticos. De igual forma, se trabaja en la socialización de las diversas Infecciones de Transmisión Sexual, sus síntomas y manejo farmacológico que se debe generar de acuerdo a lo previsto por el profesional del sistema de salud, de nuevo haciendo énfasis en el cuidado que se debe tener con las parejas sexuales o clientes y el uso del preservativo. Sumado a lo anterior, se proyecta con uso del modelo pélvico femenino, la importancia de la toma de la citología que es el único medio para detectar el virus de papiloma humano, asociado al cáncer y a su vez a prácticas sexuales sin protección.

En los recorridos también se realiza una pequeña intervención sobre enfermedades catastróficas y de esta forma el cuidado que cada persona debe tener con su cuerpo, el cuidado en la alimentación y el consumo de sustancias que afectan y están asociadas al cáncer, o enfermedades como la diabetes.

Por su parte, es de resaltar los seguimientos que se realizan, haciendo la salvedad de que la efectividad de estos seguimientos depende de la corresponsabilidad que el usuario tiene para el cuidado de su salud y el conocimiento de la misma y de la gestión ante las autoridades competentes para la restitución de sus derechos. Estos seguimientos fueron en gran medida en temas como detección de cuello uterino (citología); atención psicológica para casos de violencia intrafamiliar, resolución de conflictos, duelos no resueltos y autorrealización personal; aseguramiento y portabilidad en el sistema general de seguridad social en salud; completar esquema de vacunación para Hepatitis B; pruebas para VIH; asesoría jurídica por inasistencia alimentaria; legalización de residencia en Colombia y aseguramiento en salud para los ciudadanos venezolanos.

De igual manera, se realiza seguimiento a los tamizajes de sífilis que pudieran encontrarse positivos, realizando la sensibilización de la importancia de confirmar el resultado del tamizaje como también el inicio del tratamiento farmacológico, se evidencia en estos seguimientos que la población prefiere ir a su farmacia de confianza a realizar el tratamiento, debido a las barreras que ponen sus EPS, por vergüenza o por ser beneficiarias de su pareja.

En términos de respuesta se tiene que en Barrios Unidos hay los siguientes datos: Mujeres en ejercicio, entre los 18 y 26 años 25 (21 %); entre los 27 y 59 años 27 (23 %) y una mujer mayor de 60 (1 %); Hombres, entre los 18 y 26 años, 3 (3%); entre los 27 y 59 años, 1 (1 %); mayor de 60, 3 (3 %).

**Tabla 23. Acciones realizadas por equipo de PEP en mayo, agosto y octubre de 2017, localidad de Barrios Unidos**

Centros de escucha	No. De actividades	No. trabajadores ejercicio de la prostitución
Escucha activa	56	56
Actividades lúdicas	2	40
Asesoría Psicosocial	8	8
Recorridos en calle	2	256
Tamizajes para VIH	60	60
Seguimientos realizados	60	60

Fuente: Espacio Trabajo. Informe equipo PEP 2017

A modo de conclusión, se tiene una oferta muy comprometedoras frente a la población en ejercicio de prostitución y vinculados. No obstante, es pertinente manifestar que los seguimientos de casos presentan algunas barreras para lograr su efectividad y sobre todo cuando se identifican algunas de las personas intervenidas no brindan los datos personales reales por lo que dificulta el desarrollo de las acciones y más para aquellos con posibles resultados de sífilis o VIH positivo. Así mismo, se reitera que, a personas venezolanas, quienes por su condición de ilegalidad o contar con pasaporte de turista, cuentan con pocas posibilidades de afiliarse al Sistema general de seguridad social en salud, por lo tanto, no pueden acceder a tratamientos para las ITS identificadas.



Los aspectos por rescatar en las acciones y respuestas en la localidad para la población en ejercicio de prostitución, es la realización periódica mes a mes de tamizajes con el objetivo de caracterizar individuos con VIH y Sífilis, lo cual disminuye la brecha de tiempo en la identificación e inicio oportuno del tratamiento de la enfermedad para el paciente. Lo que mejora las condiciones de calidad de vida y el aumento en la esperanza de vida para el que padece la enfermedad.

## 5. CAPÍTULO V. ACCIONES EN SALUD PÚBLICA

La salud urbana se compone de cuatro espacios para la gestión colectiva del riesgo y la generación de acciones de acuerdo al Plan Territorial de Salud 2016-2020, las cuales se integran hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad: Educativo, Trabajo, Espacio Público y Vivienda.

El presente apartado contiene la caracterización de los espacios, la respuesta brindada, la ubicación de las acciones y problemáticas identificadas, obtenidas como resultado de las unidades de análisis con los equipos de salud, por cada espacio de vida cotidiana de la Subred Norte, para lo cual se utilizó como metodología cartografías sociales e instrumentos de recolección de información que junto a la matriz 1186, sirvieron como fuente de información para la construcción de este capítulo.

### 5.1 Espacio de educativo

El espacio educativo mediante la estrategia “Sintonizarte”, desarrolla acciones pedagógicas por medio cinco componentes y dos ejes estratégicos transversales: gestión de la salud para el mejoramiento de entornos escolares (articulación sectorial e intersectorial con la comunidad educativa para identificación de riesgos colectivos) y promoción de vida saludable (acciones lúdico pedagógicas enfocadas a desarrollar prácticas saludables y mejorar la calidad de vida). El propósito de la acción es fomentar la salud y el bienestar en niños, niñas, adolescentes y jóvenes favoreciendo prácticas cotidianas, entornos y estilos de vida saludables en el espacio educativo (24) (tabla 24).

**Tabla 24. Acciones desarrolladas por espacio educativo, localidad de Barrios Unidos, 2017**

Componente	Actividades
Acompañarte (Salud mental)	Convocatoria, conformación y fortalecimiento de grupos promotores de la Convivencia
	Identificación de estudiantes con riesgos psicosociales y activación de ruta pertinente
Amarte (Salud sexual y reproductiva)	Revisión conjunta del programa educativo de la unidad, para transversalización e implementación del Proyecto de Educación para la Sexualidad y construcción de ciudadanía (PESCC)

Disfrutarte (Hábitos saludables)	Promoción de hábitos de alimentación saludable y práctica de actividad física
Cuidarte (Prácticas saludables, Salud oral, discapacidad)	Fomento de prácticas saludables y autocuidado
	Conformación y seguimiento de grupos de facilitadores para el socio cuidado de la población con discapacidad
	Jornada en higiene oral y lavado de manos
	Promoción y seguimiento a la adopción de prácticas en Salud Oral (auxiliar y Odontólogo) dos veces por año dirigida a niños de primaria
Explorarte (Salud ambiental)	Gestión con el proyecto ambiental escolar -PRAES-
	Jornadas de salud ambiental

Fuente: Anexo Operativo Espacio Educativo SDS 2017

Todos los componentes se implementan mediante el desarrollo de grupos conversacionales con docentes y estudiantes, de igual manera se formulan iniciativas (piezas comunicativas) en los temas priorizados por componente, las cuales son divulgadas según los medios disponibles en la institución. De forma complementaria desde el espacio se realiza la activación de rutas y notificación de eventos de interés en salud pública (nutricionales, trastornos mentales, uso SPA, salud bucal, cáncer, infecciones, agresiones, accidentes y traumas, trastornos visuales y auditivos, gestantes, discapacidad, alteraciones en desarrollo psicomotor y regulación de la fecundidad). Así mismo, está la conformación de grupos prioritarios con orientación a eventos de alto impacto en salud mental, gestantes y lactantes.

Las situaciones de riesgo sobre las que interviene el espacio son las prácticas y estilos de vida saludables y la gobernabilidad, que incide en los riesgos colectivos e individuales contribuyendo a un entorno escolar seguro y saludable (24).

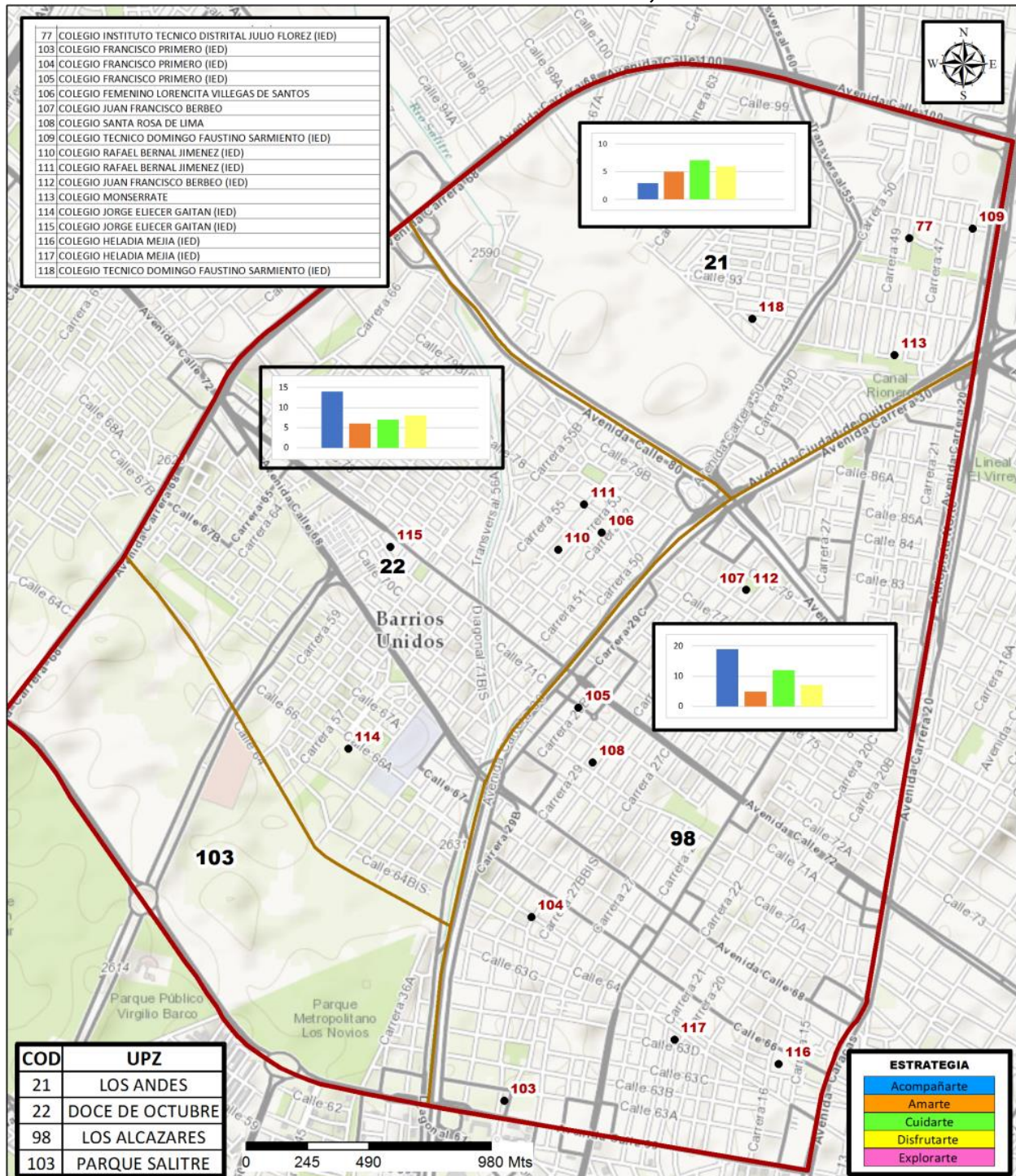
Para el periodo enero a diciembre 2017 se realizaron las siguientes acciones: bajo la estrategia Sintonizarte se obtuvo una cobertura de 4.186 personas, de las cuales el 8,6 % (360) fueron docentes, el 84, 9 % (3.554) estudiantes y el 6,5% (272) padres, a quienes se dirigieron las acciones educativas en temas como: identificación del riesgo en salud, alimentación adecuada, prevención de la violencia escolar, promoción de grupo gestor en salud, entornos escolares

seguros, pautas de crianza a padres de familia, comunicación asertiva, corporalidad, derechos sexuales y reproductivos, desarrollo emocional y promoción de la línea 106.

Según los componentes, en Acompañarte se logró que el 29 % de los estudiantes tuvieran modificaciones positivas en torno a la resignificación de prácticas y hábitos de salud mental. Así mismo, en Amarte el 86,4 % de los adolescentes y jóvenes con seguimiento tuvieron modificaciones positivas en torno a los derechos sexuales y reproductivos. Para Disfrutarte, el 97,6 % de los alumnos con seguimiento mostraron modificaciones positivas en torno a las mejores prácticas, hábitos en seguridad alimentaria, nutricional y actividad física (Mapa 8).

En Cuidarte respecto a calidad del cepillado, se evidenció que el 57 % de los estudiantes logró mejoras en las prácticas de higiene oral y el 86 % no realizan cepillado libre, en esta localidad el riesgo alto se evidenció en el 13 % de los estudiantes valorados. Respecto a higiene de manos, el 15 % de los menores apropiaron la técnica para un adecuado lavado de manos. Finalmente para el componente Explorarte, en el 90 % de los estudiantes se evidenció resignificación favorable en torno a mejores prácticas y hábitos en salud ambiental (mapa 8).

**Mapa 8. Instituciones educativas y acciones, espacio educativo, localidad de Barrios Unidos, 2017**



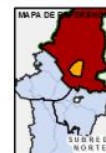
SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD  
SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA  
SUBRED NORTE ESE

BOGOTÁ DC  
2018



**ACCIONES REALIZADAS  
EN LA LOCALIDAD DE BARRIOS UNIDOS  
POR EL ESPACIO EDUCACION  
EN LA ESTRATEGIAS  
ACOMPANARTE, AMARTE, CUIDARTE  
DISFRUTARTE, EXPLORARTE  
OCTUBRE 2017**

**Limite Localidad**  
**Limite UPZ**  
**Manzanas**



Sistemas de Coordenadas:  
MAGNA SIRGAS  
Fuente Cartográfica:  
IDECA 2017  
Fuente de datos:  
ESPACIO EDUCACION 2017  
Documentos Grupo ACCVSE  
Elaboración:  
Equipo ACCVSE

Fuente. Matriz de identificación de acciones. Espacio Educativo y equipo ACCVSE. 2017

Como resultado de las unidades de análisis con las instituciones educativas desarrolladas entre los meses de febrero y marzo se realizó una priorización de problemáticas a trabajar a través de la acción integrada “sintonizarte”, encontrándose que el mayor número de instituciones educativas (sede) presentaron problemáticas relacionadas con entornos escolares con énfasis en salud sexual y reproductiva (19,9 %), seguido por las relacionadas con salud mental (17,1 %) y alimentación saludable (15,2 %).

En relación a los hábitos de alimentación no saludables, Disfrutarte convocó reuniones de gestión para transversalizar los temas de alimentación saludable y actividad física y se abordaron temas como pausas activas-actividad, alimentación saludable, autocuidado, alimentos saludables, hábitos saludables, prácticas de alimentación; en las UPZ Doce de Octubre 38 %, Alcázares 33 % y Andes 28 %.

En el componente Amarte se abordaron temas relacionados con sexualidad: ITS líneas de atención, autoestima, maternidad y paternidad, adherencia al control prenatal, derechos sexuales y derechos reproductivos; proyecto de vida, identificación del riesgo, métodos de planificación, reconocimiento del cuerpo, articulación respeto, prevención ITS, prevención embarazo, herramientas para una comunicación asertiva. Las UPZ más trabajadas fueron 12 de Octubre 37 %, Andes y Alcázares con 31 % respectivamente.

A través del componente amarte, con respecto a las dos problemáticas identificaron aspectos como el desconocimiento de derechos en salud sexual y reproductiva, conductas sexuales inapropiadas, desconocimiento de los métodos de planificación familiar y prevención de embarazo en adolescente, violencia sexual y abuso sexual, identidad y género, falta de autoestima, de valores, falta de amor propio, aborto, mal manejo de relaciones afectivas, inicio temprano de relaciones sexuales, desconocimiento sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual ITS, mal manejo de redes sociales (pornografía).

Por lo anterior, se propone dar a conocer los derechos en salud sexual y reproductiva, su importancia, abordándolos de acuerdo con el ciclo vital; sensibilización frente al manejo responsable de la sexualidad, generar conocimiento de los diferentes métodos para la regulación de la maternidad y paternidad basado en el fortalecimiento de la autoestima y el

amor propio; sensibilización en la prevención del abuso sexual en niños, niñas y adolescentes; socialización de las líneas de atención 106 y línea purpura.

Desde el componente *acompañarte* se identificó intento e ideación suicida, consumo y expendio de SPA, pautas de crianza inadecuadas (negligencia y abandono), bullying, cyberbullying y sexting, problemas de salud mental en docentes, inestabilidad emocional y no tener claridad frente al proyecto de vida. Por esto se propone fortalecer las redes de apoyo primarias y secundarias de los estudiantes; educación sobre el correcto uso de tecnología promoviendo páginas que brinden actividades para un manejo adecuado del tiempo libre, manejo de uso de privacidad en redes sociales, afianciamento en temas de autocuidado y respeto.

Mediante el trabajo con los estudiantes se conformaron grupos promotores de convivencia, mientras que con los padres de familia se realizaron sesiones conversacionales orientados a pautas de crianza. Con estas acciones, se construyeron piezas comunicativas enfocadas a los temas de salud mental como el consumo de SPA, redes sociales, acoso escolar, estrategias de afrontamiento, proyecto de vida y resolución de conflictos. Estas actividades se concentraron en las UPZ Doce de octubre 52 % y Alcázares 38 %.

Una vez descrita la acción y sus principales hallazgos y resultados, cabe señalar que el abordaje de este espacio es complejo dado que en el sector educativo confluyen gran parte de las problemáticas en un sólo contexto y escenario, el educativo; allí emergen situaciones donde las problemáticas desbordan la capacidad institucional de abordaje para la solución las mismas. Es así que, según testimonios del personal que trabaja en este espacio, las actividades que se realizan en los colegios no pueden trascender más allá de fomentar acciones basados en valores como el respeto y tolerancia hacia la diferencia de los compañeros de clase.

El limitado talento humano, se ha convertido en una problemática para poder influir en las situaciones de salud priorizadas en los espacios escolares; acompañado de la imposibilidad de hacer un seguimiento individual a los casos identificados de los estudiantes. Respecto al trabajo con los docentes, no se presentan la oportunidad para poder realizar capacitaciones y guía en la identificación de problemáticas en salud mental de los niños, niñas y adolescentes.



Las situaciones que se puedan identificar en los espacios escolares y que se deberían trabajar con los profesores, como personas con las cuales conviven los estudiantes la mayor parte de su día, obedecen a patrones estructurales como lo son: el fraccionamiento de la institución familiar y de los lazos sociales que esta genera, como red inmediata de apoyo de los individuos. La adquisición de roles como la paternidad o la responsabilidad de ser el benefactor de medios económicos para el desarrollo de sus familias, se convierte en determinantes, que afectan en la salud de los escolares y se pueden ver manifestados en problemáticas de salud mental.

## 5.2 Espacio de trabajo

En este escenario se materializa la política para la salud y calidad de vida de los trabajadores del sector informal, con el fin de impactar de forma positiva la salud de la población trabajadora, a través de la implementación de dos estrategias: “Habilidades para la vida en el Espacio Trabajo” dirigida a Niños, Niñas y Adolescentes –NNA- trabajadores para que adquieran las aptitudes necesarias en el desarrollo humano mediante el trabajo de diez habilidades, y “Entornos saludables y Espacio Trabajo” que hace relación a acciones promocionales, preventivas y participativas para proteger la salud de los trabajadores de Unidades de Trabajo Informal –UTI- y la sustentabilidad del ambiente de trabajo; dichas estrategias se implementan en el accionar del espacio a través de dos acciones integradas (25) (Tabla 25).

**Tabla 25. Acciones desarrolladas por espacio trabajo, localidad de Barrios Unidos, 2017**

Acción Integrada	Producto	Actividades	
Ruta para alejarse del trabajo infantil. Desvinculación progresiva de los niños niñas y adolescentes de las peores formas de trabajo infantil	Niños y niñas con desvinculación progresiva de las peores formas de trabajo infantil	Identificación y caracterización de casos Acompañamiento en implementación de plan de trabajo con padres o acudientes Seguimiento y cierre del proceso	
	Adolescentes con desvinculación progresiva de las peores formas de trabajo infantil o promoción del trabajo protegido	Identificación y caracterización de casos Acompañamiento en implementación de plan de trabajo con padres, acudientes o adolescentes Seguimiento y cierre del proceso para desvinculación o promoción del trabajo adolescente protegido	
	Acciones colectivas para promover la desvinculación de las peores formas de trabajo infantil	Caracterización de NNA ubicados en zonas de alta concentración comercial Sesiones de promoción de habilidades para la vida	
Estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del auto cuidado y gestión del riesgo en salud.	UTIS de alto y mediano impacto con estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del auto cuidado y gestión del riesgo.	Caracterización y concertación del plan de trabajo Promoción del auto cuidado y gestión del riesgo en salud de los trabajadores, según plan de trabajo concertado Seguimiento y evaluación de la implementación de la estrategia, cierre del proceso	
		Grupos organizados de trabajadores informales - GOTIS-	Identificación y caracterización de trabajadores de UTIS de bajo impacto Sesiones en promoción de la salud, derechos en salud y trabajo
		Centros de escucha para personas en ejercicio o vinculadas a la prostitución	Escucha activa, recorridos en calle Actividades lúdicas pedagógicas Tamizaje y asesoría VIH/Sifilis Fortalecimiento de redes Asesoría P sicosocial

Fuente: Anexo Operativo Espacio Trabajo SDS 2017

Las acciones implementadas en población infantil y adolescente buscan su desvinculación al trabajo así como el desarrollo de habilidades para la vida promoviendo en sus familias la crianza humanizada, la orientación para el restablecimiento de roles, garantía y restitución de derechos en salud; además en las actividades colectivas en espacios comunitarios y de concentración comercial en calle o donde haya presencia de niños y adolescentes trabajadores, se activan rutas sectoriales e intersectoriales (25).

Con relación a las UTI, se priorizan según la afectación a la salud de los trabajadores, siendo las de alto impacto aquellas en las que se realizan procesos productivos con uso de agentes ocupacionales cancerígenos; en mediano impacto se priorizan bodegas de reciclaje, comercio al por mayor de desperdicios, desechos, chatarra, elaboración de productos textiles, peluquerías (no expuesta a riesgo químico) y procesos productivos asociados a la transformación de alimentos. En el grupo de bajo impacto se ubican las UTI que desarrollan

acciones de supervivencia como plazas de mercado, ventas ambulantes y otras utilidades con venta en calle (25).

Las situaciones de riesgo sobre las que se interviene desde este espacio se relacionan con cuatro factores asociados a la situación de salud y la modificación de los mismos: estilo de vida, factores ambientales relacionados con las condiciones de trabajo, características individuales (edad, sexo, entre otros); acceso a oferta institucional y canalización a servicios sociales o de salud (25).

Para Barrios Unidos, desde la acción integrada uno, mediante búsqueda activa se identificaron 55 menores y 87 adolescentes, lo que corresponde a un total de 142 NNA caracterizados, de los cuales 16 (11,3 %) se encontraban desescolarizados y 10 (7,0 %) sin afiliación al sistema de seguridad en salud. Con corte a diciembre de 2017 se han realizado 66 cierres de proceso, alcanzando un 59,1 % de NNA con desvinculación laboral o trabajo protegido, igualmente se realizaron siete actividades colectivas en lugares de ventas ambulantes. En total, se realizó la activación de cuatro rutas, dos fueron sectoriales, principalmente por falta de aseguramiento, y dos rutas intersectoriales (menores desescolarizados o sectores que ofertan servicios dirigidas al uso adecuado del tiempo libre).

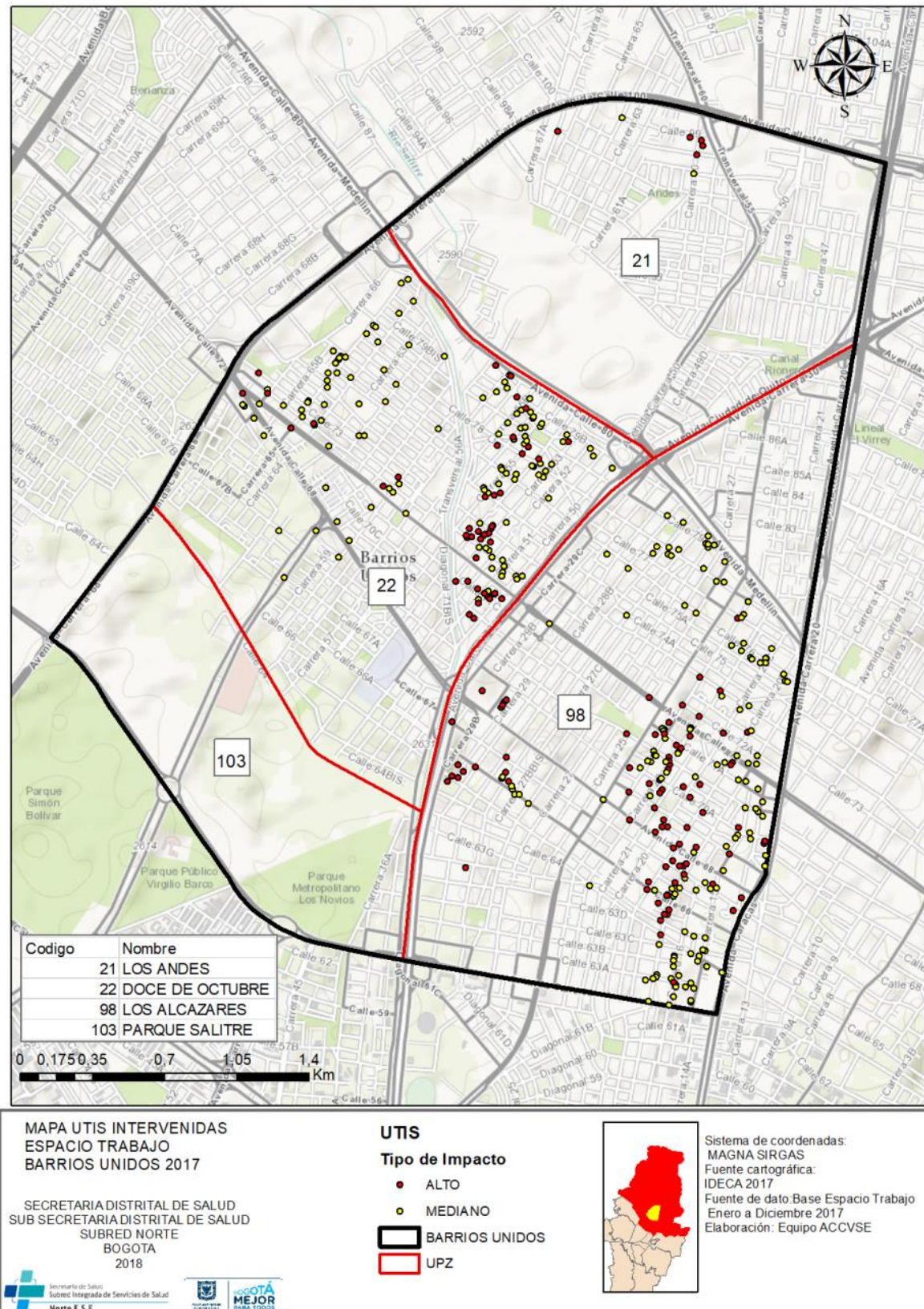
Las principales actividades económicas en las cuales fueron identificados los NNA en Barrios Unidos, fueron talleres de mecánica, carpinterías y restaurantes; actividades económicas que generan riesgos que pueden afectar el desarrollo integral de los menores, al ser comerciales, se genera una responsabilidad frente a los bienes materiales y económicos del establecimiento, que puede generar choques emocionales y afectaciones en la relación con sus familiares, si no se cumple la labor a cabalidad. Las acciones colectivas se dirigieron principalmente a menores que se dedican a la venta ambulante, trabajando temas como derechos y deberes de la infancia, autoconocimiento, manejo de emociones y proyecto de vida.

En el marco de la Política Pública para la salud y calidad de vida de las trabajadoras y los trabajadores de Bogotá D. C. dentro de sus líneas de acción, se encuentra la prevención del trabajo infantil y promoción del trabajo protegido para adolescentes. En cuanto al trabajo digno y decente, la Política hace énfasis particular en la relación que este tiene con la salud en el

trabajo y la seguridad social, por cuanto existe una asociación directa entre las condiciones de empleo y la salud de la población trabajadora.

Respecto a la acción integrada dos, en Barrios Unidos se identificaron y caracterizaron 474 UTI, siendo 36,7 % de alto impacto y 67,3 % de mediano impacto, concentrándose principalmente en las UPZ Doce de Octubre y los Alcázares (Mapa 9), la priorización para el abordaje de las UTI se debe a procesos de búsqueda activa mediante recorridos en zonas de la localidad no abordadas con anterioridad o aquellas que se destacan por la actividad comercial. Con corte a diciembre de 2017 se logró la implementación de la estrategia en el 78,7 % y el 82,7 % de las UTI de alto y mediano impacto respectivamente.

Mapa 9. Concentración de UTI, espacio trabajo, localidad de Barrios Unidos, 2017



Fuente. Base de datos UTI. Espacio Trabajo, Subred Integrada de Servicios de Salud Norte. 2017

Según la actividad económica las UTI de alto impacto fueron principalmente peluquerías, carpinterías y centros de mecánica automotriz, mientras que las de mediano impacto fueron restaurantes, panaderías y comidas rápidas.

Respecto a las actividades económicas de alto impacto se identifican los riesgos por la manipulación de químicos. Según la Organización Internacional del Trabajo –OIT-, la expresión “producto químico” designa los elementos y los compuestos químicos, y sus mezclas, bien sean naturales o sintéticos, tales como los obtenidos a través de los procesos de producción. Son peligrosos y se clasifican en función del tipo y el grado de la afectación física y los riesgos para la salud. Por consiguiente, es deber, tanto de trabajadores como de empleadores, el velar por las normas de seguridad, en el almacenamiento, manejo y marcado de cada uno de los productos utilizados.

Para el caso específico de la mecánica automotriz, los talleres son lugares en los que se trabajan con herramientas y máquinas, se caracterizan por tener un elevado nivel de ruido, polvo y donde se da en mayor medida los riesgos eléctricos. Todo ello hace que normalmente presenten un nivel de riesgo elevado para la salud.

Los principales riesgos de la labor, se encuentran relacionados a la carga física de la labor, y el sobreesfuerzo que se debe realizar. Los talleres al ser lugares con múltiples herramientas, también se puede estar propensos a choques y golpes con objetos inmóviles.

La manipulación de herramientas manuales comunes como martillos, destornilladores, alicates, tenazas y llaves diversas, constituye una práctica habitual en talleres. Aunque tales elementos puedan parecer poco peligrosas, cuando se usan de forma inadecuada llegan a provocar lesiones (heridas y contusiones principalmente) que pueden repercutir en lesiones graves y afectaciones en la salud de los trabajadores.

En la preparación y venta de alimentos, los riesgos relacionados a las altas temperaturas en las cocinas, los pequeños espacios que carecen de ventilación y la falta de pausas por la dinámica acelerada de estas labores, generan problemáticas en la salud de los trabajadores, principalmente los riesgos biomecánicos. En este tipo de lugares, son necesarias la

señalización y almacenamiento correspondiente, que disminuya el riesgo de sufrir algún tipo de accidente, principalmente por líquidos calientes como agua y aceite.

De igual forma se realizaron ocho GOTIS cuya orientación fue la promoción de los derechos y garantías sociales relacionadas con el trabajo, se implementaron 12 centros de escucha y se activaron nueve rutas sectoriales.

En Colombia, la Seguridad Social es un derecho irrenunciable de todo ciudadano ya que constituye una de las garantías mínimas del trabajo, sin embargo, no necesariamente son garantizadas para los trabajadores del sector informal. La tarea de muchas acciones que se mencionan en este espacio de trabajo promueven la vinculación al sistema, que por diferentes razones, tales como una falta de continuidad en los procesos, limitantes en el acompañamiento por falta de tiempos y la reducción de programas intersectoriales que fortalecen y promueven la información y formalización, no se ha materializado el hecho. Estos son aspectos que motivan la reflexión sobre la manera de amparar al trabajador informal en un proceso de acompañamiento continuo.

Si bien el Estado ha promulgado una serie de normas que han beneficiado a la población trabajadora del sector informal en el ingreso al sistema de riesgos laborales, la situación que se evidencia es la vulnerabilidad inmersa en el contexto de cada trabajador informal, es decir, la existencia de una baja e incierta productividad diaria, una labor precaria y de subsistencia, asociada a una baja cobertura en seguridad social en pensiones y riesgos laborales, a pesar de que el régimen subsidiado preste los servicios de salud. Es precisamente esta razón por la que el empleo informal requiere de las acciones preventivas de la salud ocupacional o del trabajo, con el fin de reducir los riesgos laborales a los que están expuestos, mitigando deterioros de la salud de las personas, la prevalencia de enfermedades crónicas y accidentes laborales que finalmente se traduce en un alivio financiero para el sistema de salud.

Por otra parte, con la desvinculación laboral de NNA se busca retomar el curso de la vida que se debe tener en estos momentos y que se convierte en parte del goce efectivo de los derechos de esta población. Cuando se toman responsabilidades, económicas, familiares o sociales, que no corresponden al momento de vida del individuo, esto puede repercutir en el desarrollo integral de la comunidad y el resquebrajamiento de instituciones fundamentales para el

desarrollo como lo es la familia. Dadas las características actuales de Bogotá, la búsqueda de un medio económico de sobrevivencia, ha hecho que el ingreso al sector laboral a temprana edad se convierta en una realidad propia de las comunidades, en especial las más vulnerables; por ende, las acciones deben garantizar una desvinculación real, acompañada de procesos de integración o en su defecto de promover condiciones óptimas dentro de una formalidad establecida.

La efectividad de las acciones que realiza el espacio, dependen principalmente de la voluntad individual, dado que son labores que no se encuentran en el marco de la obligatoriedad. En este sentido, la tradicionalidad en el ejercicio de la labor, enmarcada en su idiosincrasia no facilita el cambio, dado que históricamente su accionar le ha dado resultado. A esto se suma la incomodidad en el uso de elementos de protección, que junto a la implementación de las acciones o mejoras recomendadas por el espacio incrementaría los gastos dentro del proceso productivo.

### 5.3 Espacio público

El espacio público es el entorno de todos los espacios de vida cotidiana abierto a los ciudadanos para el goce y beneficio igualitario de la población, que favorece la interacción social para la expresión comunitaria. Pretende desarrollar las intervenciones en salud, en escenarios de movilidad, recreación, esparcimiento y establecimientos abiertos al público, haciendo énfasis en los riesgos colectivos e individuales para las condiciones crónicas, salud mental y derechos sexuales y reproductivos (26) (tabla 26).

**Tabla 26. Acciones desarrolladas por espacio público, localidad de Barrios Unidos, 2017**

Acción integrada	Componentes	Actividades
Gestión del riesgo en Salud en el espacio público	Constructores del espacio público	Caracterización del riesgo en salud, acciones itinerantes, puntos “Cuidate se feliz” y jornadas.



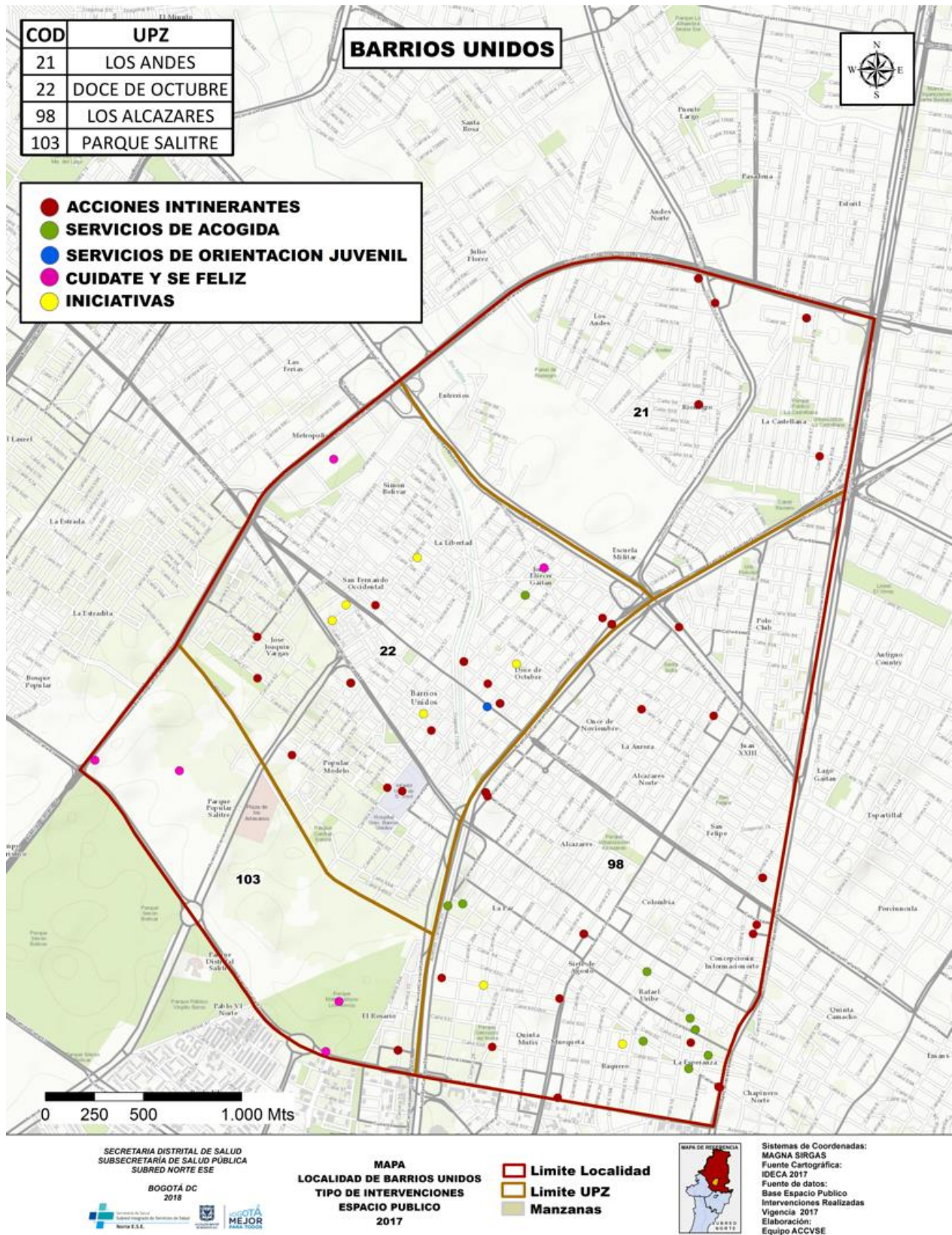
	Vincúlate	Servicios de orientación a jóvenes (SOJU) y de Acogida, para el abordaje del consumo de SPA.
Comunidades promotoras y protectoras de la salud	Acciones basadas en comunidad	Procesos de iniciativas (concertación, implementación y evaluación).

Fuente: Anexo operativo espacio público. SDS 2017

Las situaciones de riesgo en las que interviene el espacio mediante la primera acción integrada, son las relacionadas con estilos de vida no saludables para prevenir la aparición de condiciones crónicas, el consumo de sustancias psicoactivas y el goce de los derechos sexuales y reproductivos. Desde la segunda acción integrada se abordan actividades promocionales con estrategias colectivas para el mejoramiento de las condiciones de la calidad de vida, fortaleciendo redes protectoras y promotoras de la salud (26)

En el 2017, desde constructores del espacio público en la localidad no se realiza el proceso de caracterización de los barrios, no obstante, se intervinieron tres UPZ en las cuales se desarrollaron 20 acciones itinerantes y se captó la atención de 4.773 personas donde los temas y UPZ de mayor frecuencia fueron Tabaco y Vacunación, en las UPZ los Alcázares y Doce de octubre. En cuanto a los puntos de “Cuídate y sé feliz” se tamizaron 8.216 personas en los seis puntos de la localidad encontrando que el 35,5 % estaban en riesgo cardiovascular medio y el 12,3 % en riesgo alto. Respecto a los Servicios de Orientación a Jóvenes, de 305 jóvenes captados no se logró la superación del consumo de SPA con la intervención y de 89 casos canalizados solo en el 13,5 % tuvieron efectividad en la atención. Finalmente, en cuanto a los procesos de iniciativas se alcanzó una adherencia de los asistentes del 38,4 % (mapa 10).

Mapa 10. Acciones espacio público, localidad de Barrios Unidos, 2017



Fuente. Base de datos Espacio Público, Subred Integrada de Servicios de Salud Norte. 2017

Si bien las intervenciones realizadas muestran un efecto en la población, es necesario crear puntos de articulación entre las acciones y demás componentes de Plan de Intervenciones Colectivas. La mayoría de las acciones itinerantes se ubican en las UPZ de mayor vulnerabilidad de la localidad, aunque los temas abordados deberían orientarse a las alertas generadas por el equipo ACCVSE sobre los eventos de interés en salud pública, donde el consumo de SPA es relevante; de igual forma, este insumo puede orientar la elección de los barrios a caracterizar para identificación de los riesgos.

Respecto a los SOJU, con su estrategia “farra en la buena” la medición de personas con riesgo de consumo de SPA alto y medio debería trascender de bares y discotecas y complementarse con la medición en instituciones de educación (colegios y universidades) como también en los barrios donde el consumo se considere problemático; así mismo, se deben fortalecer los procesos de canalización, dada la poca efectividad de las mismas.

El espacio público es finalmente un escenario de interacción y construcción social de la comunidad y en especial con las entidades estatales, donde el ejercicio de ciudadanía y de identidad está determinado por contextos específicos de cada territorio. En ese sentido, existiendo en la localidad una diversidad de equipamientos económicos, residenciales, educativos que funcionan como lugares de construcción de ciudadanía y encuentro social, se debe trabajar los intereses de todos los grupos poblacionales; la respuesta institucional como se evidencia ha buscado permitir abundantes y distintas prácticas culturales e intercambios sociales dentro de los distintos escenarios.

A pesar de estos esfuerzos, el espacio público sigue siendo el territorio permanente donde se exponen infinidad de relaciones sociales que se entretajan en un sin número de posibilidades de resolución de las mismas. Esta complejidad de las relaciones dentro del espacio público de la localidad, dificulta que las acciones realizadas para dar solución a las problemáticas dentro del espacio público, tengan un impacto positivo para disminuirlas o erradicarlas definitivamente.

Sin embargo, a pesar de la gran variedad de actividades ya descritas desde el sector, estas se han visto limitadas por la necesidad de cambios en los patrones culturales de comportamiento frente al uso y cuidado de los ambientes naturales y construidos; las acciones

no son continuos y trascendentales en su impacto pues no han podido ser mantenidos en el tiempo por razones diferentes y por ende la población no conserva los procesos de sensibilización y transformación cultural (27). La tarea se ve limitada frente a la gran demanda de acciones que requiere la transformación de los usos y las costumbres que acontecen en los espacios públicos, sea que tengan el carácter de tradiciones, tendencias generales o eventos esporádicos, para que contribuyan al bienestar de personas y grupos. Son procesos de larga duración que para ser evaluados es menester notar los cambios que determinan los grados de integración social, el sentido de pertenencia, los niveles de democracia, el sentido de la justicia, la cohesión social y las capacidades de apropiación de lo público.

#### 5.4 Espacio de vivienda

El Espacio Vivienda se entiende como un escenario de refugio, acogida y afecto el cual constituye un espacio de residencia y convivencia permanente o transitoria; es fundamental para el desarrollo y establecimiento de vínculos y relaciones sociales de base para la vida social, cultural y política de las personas y las familias. El propósito del espacio es desarrollar las potencialidades y capacidades de las personas, familias y cuidadores, promoviendo y protegiendo la salud; así mismo disminuir y controlar la exposición a riesgos sociales y ambientales a través de acciones integradas, que le permita a las comunidades de transformar su realidad a partir de sus propias decisiones (28) (tabla 27)

**Tabla 27. Acciones desarrolladas por espacio vivienda, localidad de Barrios Unidos, 2017**

Acción integrada	Componente	Actividades
Cuidado para la Salud familiar	Gestión del riesgo	Caracterizar, valorar el riesgo, realizar seguimiento y asignación de cita a usuarios de Capital Salud inasistentes al programa de protección específica y detección temprana
	Acciones familiares	Selección y priorización de familias a partir de los eventos canalizados por VSP (Morbilidad materna extrema, sífilis gestacional, desnutrición aguda, bajo peso al nacer, salas ERA, Conducta suicida y violencia sexual y económica).

		Caracterización social y ambiental de las familias a partir del análisis de condiciones para la formulación del plan familiar
		Seguimiento, monitoreo y evaluación a la adopción del plan familiar
	Acciones en hogares comunitarios de Bienestar Familiar	Identificación, caracterización de riesgos colectivos para la implementación de la estrategia AIEPI comunitario mediante acciones de Información, Educación y Comunicación -IEC-
		Formulación, implementación, seguimiento y monitoreo al Plan de Hogares Comunitarios de Bienestar
<b>Cuidado para la salud familiar institucional</b>	Instituciones de protección y Atención integral a personas mayores	Caracterización social y ambiental de las instituciones con concepto Desfavorable dado por Inspección Vigilancia y Control -IVC-, para la formulación del plan Institucional
		Seguimiento, monitoreo y evaluación a la adopción del plan Institucional y Valoración por equipos de Inspección, vigilancia y control IVC para nuevo concepto sanitario
	Centros carcelarios y penitenciarios	Identificación y seguimiento de eventos de interés de salud pública
		Formulación, implementación y seguimiento del plan institucional con la metodología de centros de escucha (Salud mental, SPA, violencias, autocuidado)
		Realización de Tamizajes (Pruebas rápidas VIH, TB y Sífilis)

Fuente: Anexo Operativo Espacio Vivienda SDS 2017

A nivel distrital el Espacio desarrolla acciones de Atención Psicosocial dirigida a víctimas del conflicto armado, en el marco del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI), las cuales son desarrolladas por la Subred Sur.

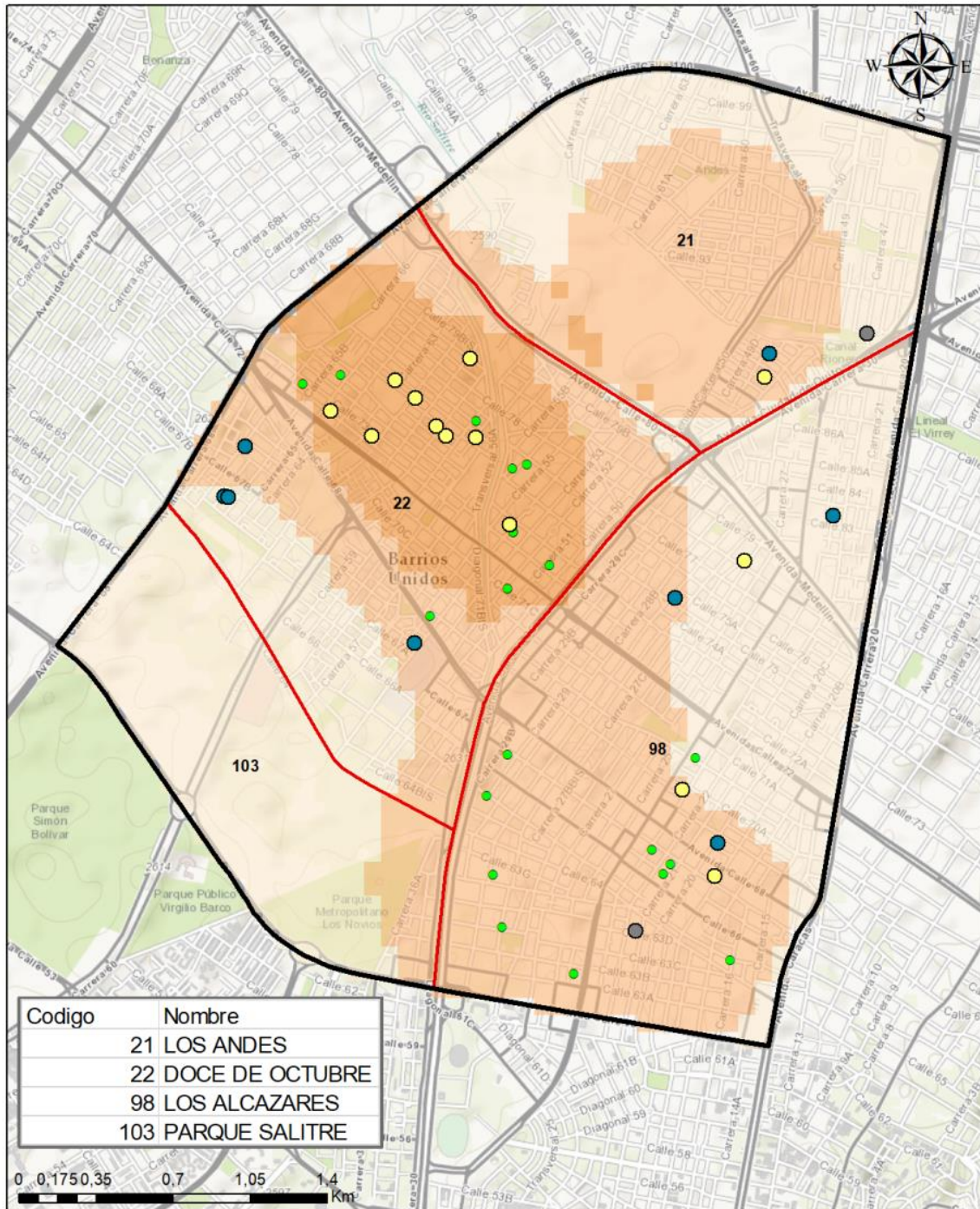
Durante el 2017, los resultados del espacio muestran una cobertura desde gestión del riesgo de 1.811 individuos, que corresponde al 63 % de las personas asignadas; los programas con mayor porcentaje de asignación de citas fueron crecimiento y desarrollo (58,5 %), Detección de alteraciones del joven (50,4 %) y cáncer de cuello uterino (47,7 %). Desde el componente

dos, abarcaron el 23 % de la notificación de casos de Morbilidad Materna Extrema y 33,3 % de los casos de bajo peso al nacer. No se presentaron casos de sífilis gestacional ni ERA. En cuanto a salud mental intervinieron el 4 % de los casos de intento suicida, 33,3 % de violencia sexual y 50 % de violencia económica. Desde HCB se intervinieron 13 instituciones, con porcentajes de apropiación superiores al 85 % en los diferentes indicadores.

Para la acción Integrada dos, se intervinieron ocho instituciones de protección integral a personas mayores, alcanzando mejora en los conceptos de IVC en el 100 % de las instituciones, a partir de la construcción, implementación y evaluación de los planes institucionales. En cuanto a las acciones en instituciones carcelarias y penitenciarias se alcanzó el 100 % en personas con tratamiento de sífilis, VIH/SIDA y tuberculosis, igual que la activación de ruta para personas identificadas con sintomatología respiratoria.

La distribución geográfica de las intervenciones del componente 1 y 3 muestra concentración en la UPZ 12 de Octubre, mientras que los componentes 2, 4 y 5 se encuentran distribuidos en Los Alcázares y Los Andes. La UPZ Parque Salitre es la que menor concentración de respuestas recoge (mapa 11)

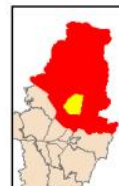
**Mapa 11. Acciones “Cuidado para la salud familiar”, espacio vivienda, localidad de Barrios Unidos, 2017**



MAPA POBLACION INTERVENIDA  
 ESPACIO VIVIENDA  
 BARRIOS UNIDOS 2017  
 SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD  
 SUB SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD  
 SUBRED NORTE  
 BOGOTA  
 2018



- HCB
  - FAMILIAS
  - IPM
  - INSTITUCIONES
  - BARRIOS UNIDOS
  - UPZ
- Gestion del Riesgo**  
**Concentracion**
- bajo
  - medio
  - alto



Sistema de coordenadas:  
 MAGNA SIRGAS  
 Fuente cartográfica:  
 IDECA 2017  
 Fuente de dato: Base Espacio Vivienda  
 Enero a Diciembre 2017  
 Elaboración: Equipo ACCVSE

Fuente. Base de datos Espacio Vivienda, Subred Integrada de Servicios de Salud Norte. 2017

La dinámica en la que se está desarrollando el trabajo desde el Espacio Vivienda se modificó significativamente en comparación con la vigencia anterior, en donde se realizaban ejercicios de barridos los cuales eran el insumo principal de su accionar. En la actualidad se trabaja con bases de datos entregadas por nivel central, las cuales deben ser depuradas y organizadas para optimizar el tiempo del talento humano y reducir el número de visitas fallidas.

Así mismo, otros hallazgos identificados se relacionan con problemas de seguridad sobre todo en zonas aledañas a los cerros y los canales de agua, pautas de crianza en las que se replican conductas violentas y patriarcales, maltrato hacia las mujeres y abandono económico del adulto mayor; en estratos medio y bajos se encuentran embarazos adolescentes y presencia de población migrante, generando grandes brechas económicas y sociales.

Las políticas y planes de gobierno para disminuir brechas en salud, han fomentado la priorización de los problemas y dinámicas de la comunidad, los recursos se asignan en favor de mejorar la salud de los grupos más vulnerables para reducir desigualdades de estos grupos y los más favorecidos, sin embargo esto produce un efecto social de “asistencialismo” desgastando el esfuerzo gubernamental y limitando el cumplimiento de sus propias metas, al tiempo que perjudica la productividad de la población al encontrar un estado de confort y seguridad en la supervivencia; en ese sentido no se ha logrado la reducción de las desigualdades en la localidad, las intervenciones dirigidas a disminuirlas y a afectar los determinantes sociales no han logrado ser necesariamente multisectoriales.

### **5.5 Gestión de programas y acciones de interés en salud pública (GPAISP)**

Desde el GPAISP se realiza asistencia técnica y seguimiento a la implementación de las estrategias, planes y programas de acciones de interés en salud pública a partir de las personas, familia y comunidad en su curso de vida, al interior de las IPS (Públicas y Privadas) y espacios de vida cotidiana, en el marco de la Gestión de la Salud Pública (GSP) en Bogotá (29).

Para lograr este objetivo, se definieron las siguientes prioridades enmarcadas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 que incluyen los siguientes riesgos y eventos:



- Condiciones crónicas: Contempla la exposición a riesgos (sedentarismo, alimentación no saludable, consumo nocivo de tabaco y alcohol y riesgos ambientales) y eventos precursores y de desenlace (cardiovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes y cáncer)
- Salud oral
- Seguridad alimentaria y nutricional
- Sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos.
- Convivencia y salud mental
- Dimensión transversal de gestión diferencial de población
- Transmisibles
- Infancia

De esta forma desde el GPAISP se desarrollan actividades extramurales y de seguimiento a las IPS caracterizadas, mediante la aplicación de listas de chequeo y generación de planes de mejora (tabla 28).

**Tabla 28. Acciones desarrolladas por GPAISP, localidad de Barrios Unidos, 2017**

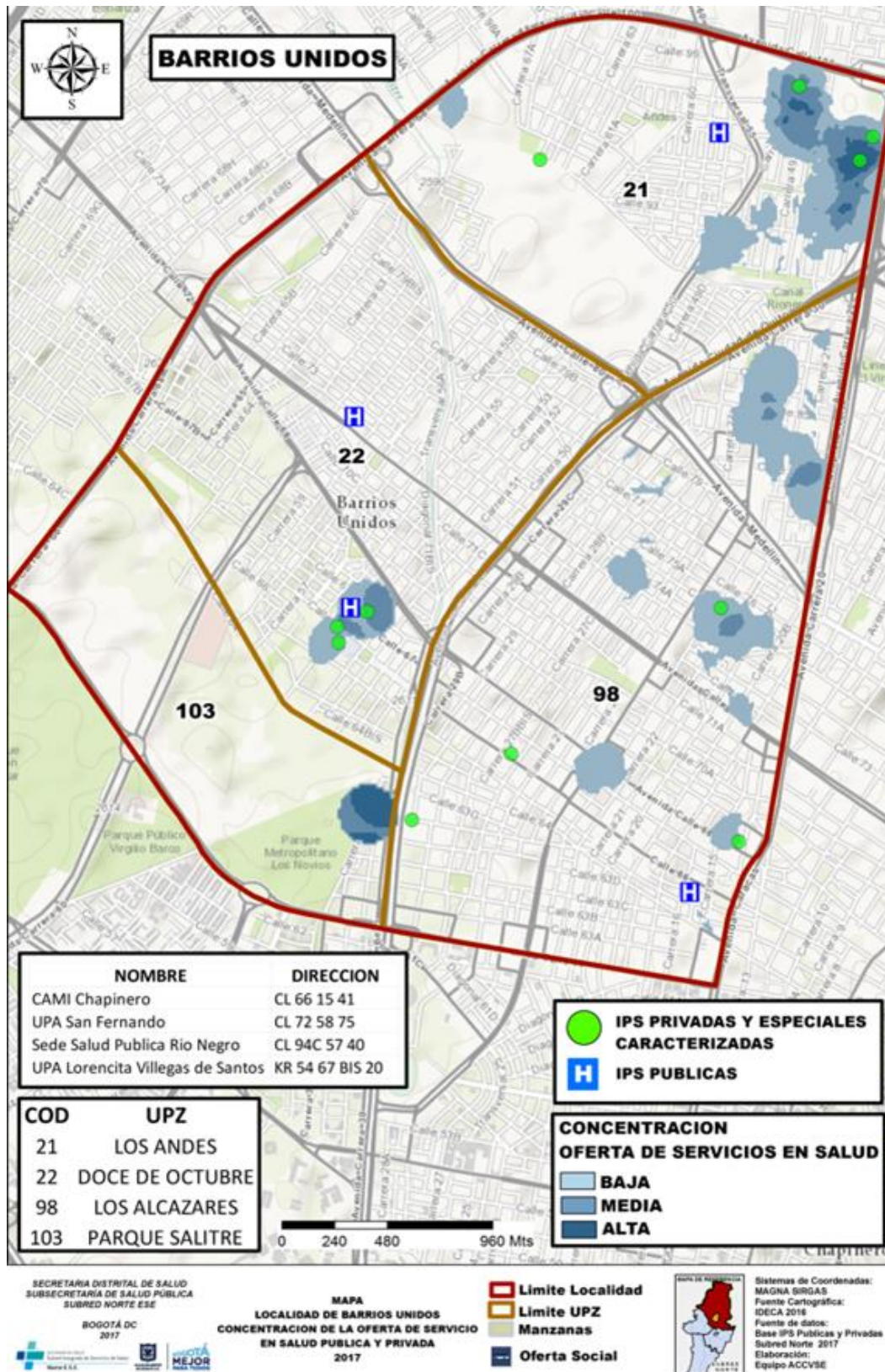
Componente	Producto	Actividades
Gestión y ejecución de acciones extramurales	Jornadas extramurales de intensificación y rutinaria	En los siguientes temas: Salud oral, PAI, infancia, lavado de manos, SSR, crónicas, salud mental, SAN
		Para PAI se utiliza: casa a casa, jornadas, concentración y seguimiento a cohorte
	Bloqueos de casos notificados	Bloqueos de los casos notificados de enfermedades prevenibles por vacuna (Meningitis, tos ferina, sarampión, parálisis flácida, rubéola congénita)
		Identificación y seguimiento de los casos de ETV, TB, Hansen, TB/VIH farmacorresistente, EPOC, diabetes en alta vulnerabilidad.

Gestión en IPS	IPS intervenida con plan de acción	Asistencia Técnica para fortalecer el cumplimiento de los Programas y Acciones de interés en salud pública, con énfasis en los temas priorizados (Planificar, hacer, verificar, actuar)
	Casos gestionados y seguidos reportados a las EAPB	Activación de rutas: Gestión del riesgo individual, prioridad alta con EAPB
	Gestión de medicamentos, insumos y dispositivos médicos	Solicitud, distribución, seguimiento, consolidado e informe de los medicamentos (biológicos), dispositivos médicos e insumos, de acuerdo a la necesidad

Fuente: Anexo Operativo GPAISP SDS 2017

Es así como en la localidad de Barrios Unidos, para el 2015 se identificaron 189 IPS de tipo privado y dos públicas, para las cuales entre agosto de 2016 a diciembre de 2017 se caracterizaron y aplicaron listas de chequeo a 12 (6,3 %) privadas y una de las públicas. Según la distribución territorial, la mayor proporción de la oferta privada se encuentra en las UPZ los Andes mientras que dos de las sedes de tipo público están en la UPZ Doce de Octubre (mapa 12).

Mapa 12. IPS intervenidas por GPAISP, localidad de Barrios Unidos, 2017



Fuente: Base de Datos GPAISP, Subred Integrada de Servicios de Salud Norte. 2017

Mediante la aplicación de las listas de chequeo por parte del equipo GPAISP en las IPS públicas y privadas, se encontró cumplimiento apropiado de los requerimientos (mayor al 89 %) en el 50 % y 43,1 % de los programas respectivamente. Para la red pública el único puntaje en rojo fue para Salud Oral, los puntajes más altos en la red privada se obtuvieron en Salas ERA y crónicos (tabla 29).

**Tabla 29. Cumplimiento de planes de trabajo en IPS privadas, localidad de Barrios Unidos, 2017**

Tipo	Programa	Rojo		Amarillo		Verde		Total IPS
		n	%	n	%	n	%	
Privadas	Cáncer	0	0,0	4	57,1	3	42,9	7
	Crónicos	0	0,0	1	20,0	4	80,0	5
	Enfermedades Transmitidas por Vectores	0	0,0	9	90,0	1	10,0	10
	Higiene manos y etiqueta de Tos	2	20,0	1	10,0	7	70,0	10
	Hx Salud mental	0	0,0	3	60,0	2	40,0	5
	IAMI	0	0,0	1	50,0	1	50,0	2
	Infancia	1	16,7	2	33,3	3	50,0	6
	Instrumento con Sala ERA	0	0,0	0	0,0	2	100,0	2
	Instrumento sin sala ERA	0	0,0	6	100,0	0	0,0	6
	PAI	1	11,1	4	44,4	4	44,4	9
	RBC Barreras	1	11,1	5	55,6	3	33,3	9
	RBC Explorativa	2	100,0	0	0,0	0	0,0	2
	Salud mental	6	60,0	3	30,0	1	10,0	10
	Salud Oral	0	0,0	1	50,0	1	50,0	2
	Salud Sexual y Reproductiva	0	0,0	3	30,0	7	70,0	10
	Seguridad Alimentaria y Nutricional	1	16,7	2	33,3	3	50,0	6
Tuberculosis	1	12,5	2	25,0	5	62,5	8	

\*Rojo: Cumple < 70 %; Amarillo: cumple entre el 70 % y 89 %; Verde: Cumple >89 % de requerimientos.

Fuente: Base de Datos GPAISP, Subred Integrada de Servicios de Salud Norte. 2017

Para el seguimiento de las IPS por parte de programas, en todas sus acciones integradas, se presenta una dificultad relacionada con los tiempos de atención de las IPS y la disponibilidad para realizar el seguimiento y aplicar la lista de chequeo. De igual forma, la cobertura de las IPS se limita debido a la distancia que se deben recorrer entre las localidades que integran la Subred Norte. La organización de la Subred Norte no solo no integra acciones, sino que no facilita los procesos y, sumado al desconocimiento de los programas al interior de sus

funcionarios, conlleva a que se les reste importancia a las actividades por desarrollar; de allí que se sugiera un fortalecimiento de insumos para la movilización de profesionales.

Se ha evidenciado en el trabajo práctico que el sistema de información para las historias clínicas no está estructurado y estandarizado, que junto al hecho de el continuo cambio de talento humano que no tienen un buen proceso de inducción para el manejo de las herramientas, truncan los procesos adelantados. Específicamente de ámbito público, las herramientas e infraestructura de la red son insuficientes, y la centralización no permite acceder con facilidad a la información por lo cual se desconoce la población que se está atendiendo en realidad.

Por otro lado, es de resaltar que las IPS privadas permiten y tienen la voluntad de articularse para generar el trabajo mancomunado, les parece que les permite mejorar su accionar. De esta manera, los procesos de las IPS privadas están fortalecidas y se pueden apropiar a las IPS públicas en esfuerzos de trabajo más prolongados y continuos, no obstante, a que los indicadores no miden las acciones realizadas ni tampoco el impacto real

## 6. CAPÍTULO VI. ANÁLISIS Y SÍNTESIS

Este capítulo sintetiza la información del documento ACCVSE, donde a partir de la descripción del nodo se evidencian las tensiones en salud más relevantes de la Localidad de Barrios Unidos. Este nodo contempla las situaciones en salud y sus determinantes, la respuesta institucional e intersectorial, promoviendo la generación de propuestas y la orientación a la toma de decisiones.

Como bien se describe en el PDSP, la salud es el producto de las interacciones a las que ven sujetas las dimensiones del desarrollo en un contexto específico. En ese sentido, se debe abordar de una manera integral tanto los determinantes sociales de la salud como sus principales eventos en un tiempo y espacio, es decir, comprender las condiciones y situaciones características de un territorio que configuran el desarrollo óptimo de las comunidades.

## 6.1 Descripción metodológica

En concordancia con la implementación de la metodología de Balance de las Tensiones en las Interacciones entre las dinámicas Poblacionales, Ambientales, Sociales y Económicas -BIT PASE- a la Equidad en Salud, se llevó a cabo la construcción de tensiones y formulación de nodos para cada una de las localidades de la Subred Norte. Este ejercicio se desarrolló en tres momentos: preparación de insumos, definición de tensiones y generación de nodos.

Para la preparación de insumos se realizó un balance de la información en articulación con los líderes de los diferentes espacios y procesos transversales, con quienes se consolidó una matriz de información que incluyó la tendencia de los indicadores en salud, las problemáticas y potencialidades de los territorios, la información disponible de los espacios de vida cotidiana y los diagnósticos locales de años anteriores; de igual forma, con el Componente 1 de Gobernanza se identificó la respuesta sectorial e intersectorial disponible para cada localidad; también se contó con el trabajo territorial de los recorridos rápidos, mesas locales y fuentes de información secundaria como boletines, revistas indexadas, noticias, entre otros.

En la definición de las tensiones se identificaron las situaciones de salud prioritarias para la localidad, ya que al comprender los eventos prioritarios se permite describir las interacciones, condiciones, circunstancias y causas que conllevan a una situación problemática en salud, por lo que fue analizada conforme a los siguientes parámetros:

- Generadores: Situaciones o condiciones que originan la tensión, según las dimensiones PASE.
- Reforzadores: Elementos que aumentan o cronifican la tensión e impiden su resolución.
- Liberadores: Elementos que contribuyen a la superación de la tensión.
- Implicaciones: Consecuencias que ponen en riesgo el equilibrio territorial.

A partir de estos insumos, en un trabajo articulado con los espacios de vida cotidiana, procesos transversales de la Subred Norte y SDS, se construyeron las tensiones teniendo como ordenador los momentos de curso de vida; para estructurarlas se utilizaron dos matrices, una de valoración de las situaciones en salud y de análisis, consolidación y priorización de las tensiones. Cabe anotar que cada tensión obtenida fue analizada a la luz de su magnitud, tendencia y lugar de ocurrencia, elementos que conducen a una debida valoración y comprensión.

En el tercer momento se construyeron los nodos, donde se estableció la relación de las tensiones, mediante la identificación de generadores comunes y su ubicación territorial, que a su vez resaltó los impactos sociales, poblacionales, económicos, ambientales, entre otros. Adicionalmente, se incluye la respuesta sectorial e intersectorial de la Localidad. Es en definitiva un “momento de comprender” en la cual se entiende de forma integral la salud mediante la configuración (nodo) dada de la relación entre tensiones sobre un eje territorial particular.

## 6.2 Descripción de los nodos

Al realizar la especialización de las tensiones de la localidad de Barrios Unidos se identificaron tres nodos que concentran condiciones sociales, ambientales y económicas, las cuales determinan la salud y calidad de vida de los residentes del territorio. De esta forma, a continuación, se describen las interacciones entre generadores, reforzadores y liberadores, que caracterizan las situaciones en los espacios geográficos delimitados para la localidad (mapa 13).



## **Nodo 1: Condiciones desfavorables del entorno y el ambiente**

La concentración de la clase socioeconómica de Barrios Unidos es predominantemente media (estrato 3) que, aunque existen grupos de medio alto (estrato 4), son poblaciones que presentan considerables problemáticas; La UPZ Alcázares concentra gran cantidad de espacios que fueron conformados a través de las invasiones y en menor medida diseñadas por urbanizadoras, ya que no obedecían a criterios planificadores. Esto promovió el proceso de asentamiento que terminó en formas de organización comunitarias alrededor de tres centros poblacionales: el barrio Siete de Agosto, Benjamín Herrera y Colombia.

Es una UPZ con grandes puntos de contaminación atmosférica, visual, auditiva junto a inadecuados manejos de residuos (llantas, escombros, partes de carros, vidrios, etc), en parte causado por la gran malla vial que la compone. La desordenada planificación por zonas hizo que la UPZ cuente con muy pocas áreas deportivas por habitante, generando así una barrera de acceso a lugares para prácticas deportivas y actividad física. En algunos barrios se han identificado hogares con hacinamiento, cohabitación y carencia en estructura (déficit cualitativo); en adición, el cambio de uso residencial a comercial con una gran cantidad de talleres mecánicos y venta de autopartes es una principal característica del territorio que impacta la salud de la comunidad, en donde suelen aparecer por lo mismo mencionado algunas malnutriciones, por falta de hábitos alimentarios, consumo de SPA y microtráfico por la facilidad del espacio público inmerso en industria automotor y embarazos tempranos por la decisión de muchas adolescentes y jóvenes de encontrar en la maternidad una vía de ascenso social.

Por ende, es necesario actuar sobre la dimensión ambiental en cuanto las situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales como el cambio de uso del suelo desordenado y no controlado que conlleva al hacinamiento crítico de familias, al deterioro del espacio público y a la inseguridad general. El territorio es en sí mismo un eje estructurante de condiciones que conducen al impacto colectivo.

## **Nodo 2: Hábitos de vida no saludables y malas pautas de crianza en familias fraccionadas**

En la UPZ Doce de Octubre y gran parte de Andes se presenta carencia en estructura, hogares en viviendas construidas en materiales inestables, madera burda, tabla, tablón, guadua, caña,

esterilla, otro tipo de material vegetal, zinc, tela, lona, cartón, latas, desechos, plástico y sin paredes. Son casas viejas que, ante la falta de mantenimiento y su función actual de inquilinato, se han convertido en foco de problemas sanitarios. Muchas de las familias residentes en estos territorios se identifican como multi problemáticas debido a variedad de situaciones que las impactan.

Dichas familias se han visto afectadas por el desempleo, los bajos ingresos, la constante movilidad social, que potencian su disfuncionalidad ocasionando violencias, suicidios, malnutrición, negligencias, informalidad y tempranas condiciones crónicas por el sobreesfuerzo repetitivo y los inadecuados estilos de vida. Estas familias se convierten en una estructura caótica donde la comunicación es disfuncional y comúnmente existe una situación monoparental en la que los límites y normas se reducen al mínimo, lo que conduce finalmente a una dispersión de los miembros. Esto sucede frecuentemente en la UPZ Doce de Octubre y en el barrio Rionegro principalmente.

La necesidad laboral ha implicado un cierto abandono de funciones parentales, ya sean las relacionadas a responsabilidades nutricionales, socializadoras o educativas. Esto conlleva a la negligencia y malnutrición, a la violencia, al consumo, a la maternidad temprano y las conductas suicidas, que sumado al aislamiento que delimita a las familias excluidas o aisladas física y emocionalmente de sus cercanos (parientes conocidos que no proveen la ayuda requerida), de la red de apoyo social e institucional, provoca que carezca de soportes frente a las crisis continuas.

De igual manera, la cultura patriarcal sigue siendo un comportamiento repetitivo y transmitido generacionalmente y que es reforzado por los medios de comunicación como la televisión por medio de programas televisivos; además de géneros musicales que pregonan una subordinación de la mujer y objetivación sexual del cuerpo femenino que son escuchados por los jóvenes. Por otra parte, las características de los hogares se caracterizan por el hacinamiento, esta característica promueve un fenómeno de abuso entre los integrantes de la familia, como por ejemplo entre tíos y sobrinos, lo que puede llevar a comportamientos acosadores entre miembros de la familia y desencadenar eventos de violencia de género. Adicionalmente, la dependencia económica de la mujer hacia el hombre es un factor que

coacciona a las mujeres a desarrollarse plenamente y que el hombre puede aprovechar para ejercer control sobre la vida de la mujer, lo cual incrementa el riesgo de la violencia de género en la localidad

En sumatoria, la relación conflictiva al interior de cada sistema familiar se intensifica con el sistema de valores morales deteriorado, a factores endógenos como los patrones culturales que incluyen el patriarcalismo o el machismo, y a factores exógenos que generan estrés y que influyen en la vida familiar como la mala situación económica de alguno de los miembros (posición social) o el desempleo, dificultades de carácter material (hacinamiento, dinero o bienes) o físico (enfermedades).

En contraparte, en la UPZ Los Andes, se observan construcciones de residentes adinerados, en su mayoría y desde sus inicios, las cabezas de hogar residente dentro de la UPZ fueron integrantes de las fuerzas militares, ahora retirados, los cuales cuentan con un aseguramiento social especial y que garantiza un mejoramiento en el desarrollo humano de los habitantes de la zona. Es un territorio compuesto por familias de gran estabilidad financiera y social. Asimismo, se ubica buena parte de la oferta cultural de la zona norte, con teatros, centros comerciales y centros de capacitación militar, lo que genera un constante mejoramiento en el contexto urbano de las zonas aledañas a estos sitios de interés público.

No obstante, a pesar de sus condiciones favorables, se han presentado las malas pautas de crianza con las que los padres de familia educan a sus hijos, que causan que los niños y adolescentes crezcan sin acompañamiento y con una carencia de herramientas clave para el relacionamiento con sus contemporáneos, teniendo una baja capacidad de decisión asertiva frente a situaciones o dificultados conllevando a embarazos tempranos, interrupciones voluntarias, malnutriciones (por déficit y exceso), conductas suicidas y consumo de sustancias psicoactivas.

Es común evidenciar que el vacío de herramientas para el relacionamiento con los demás se delega a instituciones como colegios o jardines, los cuales no tienen la misma capacidad de generar, durante el crecimiento de los niños y jóvenes, la transmisión de valores como el respeto, el amor propio y la tolerancia hacia las demás personas. En consecuencia, es

pertinente posicionar la convivencia social y la salud mental de las familias y residentes ya que se enmarcan en la interacción de las dimensiones social y poblacional del PASE.

### **Metáfora: Panal de abejas**

Barrios Unidos se caracteriza por una concentración de población, servicios y bienes, que lejos de estar diferenciados parecen converger de una manera unificada, al igual que un panal, el cual está formado por celdas de formas hexagonales, que la colonia utiliza como refugio o como almacén de alimento y de cría, de hecho, es parte integrante de un super organismo.

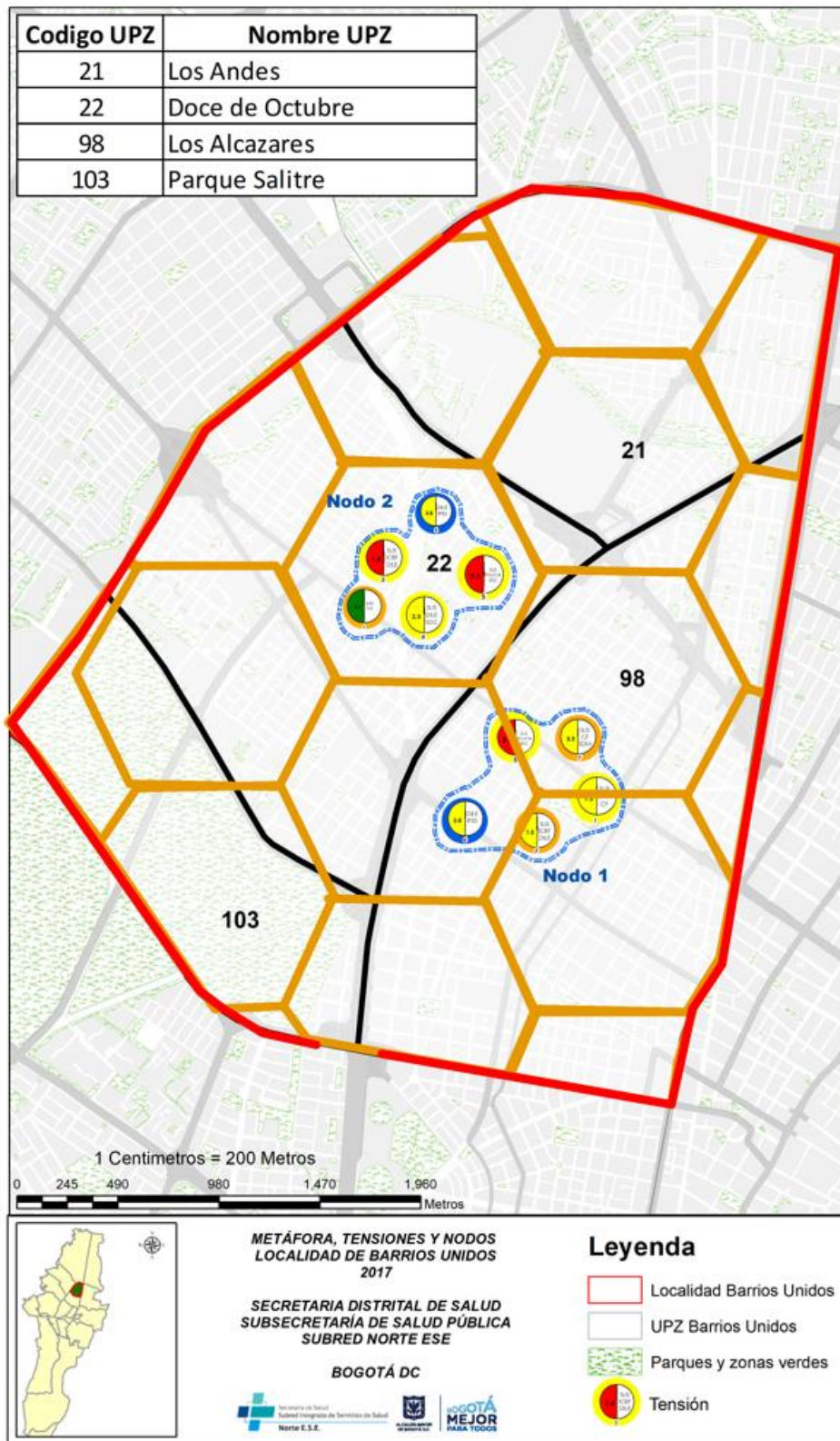
La construcción del panal se da a partir de la llegada de gran cantidad de abejas, que a primera vista parece ser desordenada, pero el objetivo es generar un hábitat adecuado para vivir. Esto se relaciona con la llegada y construcción de la localidad, pues sus habitantes llegaron de manera desordenada a construir y formar barrios ilegales, buscando una mejor calidad de vida; proceso de construcción y asentamiento permanente en los barrios de la localidad.

El territorio local funciona como un escenario de interacción con equipamientos como parques, que a su vez son puntos de identidad y de memoria, no solo para la localidad sino para el Distrito en su conjunto. El panal, de manera similar, funciona como una red de comunicación y memoria enviando informaciones a las abejas que hacen parte de este super organismo. El panal aparte de su función de refugio, fábrica de miel, almacén de miel, polen y cuna para la cría, tiene otras funciones que dependen de sus especiales propiedades físicas y químicas, aspectos al igual que la localidad en su conjunto de movimientos industriales, manufactureros, comerciales y laborales, aportan un núcleo de desarrollo de la ciudad concentrando población trabajadora residente y flotante, proveyendo de bienes y recursos a la población en general.

Lo anterior, junto a una crisis de desempleo y falta de oportunidades educativas, ha promovido el sector informal en la localidad, siendo una de sus características económicas más predominantes, convirtiéndose en un determinante elemental en la comprensión de muchos eventos que afectan la población, puesto que muchas personas arriesgan su salud en pro de su supervivencia. Lo que se asemeja a la diferenciación dentro del panal, donde hay una clase de abeja obrera.

Barrios Unidos resulta ser una localidad que resume la mayor parte de sus problemáticas en elementos que constituyen la dimensión social en lo referente a la cultura, de acuerdo con el PASE; dinámicas que en su mayoría hacen parte del consumo y aprovechamiento de alimentos que se establece en la dimensión de seguridad alimentaria y nutricional del Plan decenal de Salud (mapa 13).

**Mapa 13. Tensiones, Nodos y Metáfora, localidad de Barrios Unidos, 2017**



Fuente: elaboración propia. Equipo ACCVSYE. Subred Integrado de Servicios de Salud Norte 2017

### 6.3 Validación de contenidos

El proceso de validación se realizó en tres momentos; inicialmente, en un trabajo articulado con los espacios de vida cotidiana y con el direccionamiento técnico de la SDS, se definieron las tensiones a partir de información histórica cualitativa y cuantitativa de Chapinero, de esta forma se acordaron las situaciones de salud prioritarias de la localidad.

Durante el segundo momento, al interior de la Subred en los grupos funcionales por curso de vida, donde participan representantes de los espacios de vida cotidiana y de los procesos transversales, las tensiones se presentaron, ajustaron y complementaron con la respuesta sectorial.

A partir de los momentos previos, el equipo de ACCVSE identificó los determinantes comunes entre las tensiones de la localidad para la construcción del nodo; de acuerdo a la georreferenciación de las mismas se elaboró la metáfora correspondiente.

### 6.4 Análisis de la respuesta

De acuerdo al mapa cartográfico, la espacialización de las respuestas, coinciden con los lugares donde surgen las tensiones; sin embargo, es necesario analizarlas en relación al impacto de las problemáticas reales que se han identificado hasta el momento. De este modo, el nodo 1 parece cubrirse con un manto de acciones especialmente de educación, trabajo y espacio público, que aunque cubren gran parte de la UPZ Alcázares impactando determinantes acumulados en el territorio, estas son acciones limitadas, por un lado, a estrategias de estilos saludables en colegios como Francisco Primero, Santa Rosa de Lima más cerca al barrio Once de Noviembre y Heladia Mejía del barrio Rafael Uribe, que si bien se trabaja el consumo de SPA y hábitos alimenticios, se sitúan lejos de los puntos de racimos ubicado en el barrio Alcázares Norte; por otro lado, la identificación de UTI se ha realizado en el Barrio La Concepción y Baquero mucho más al oriente de los ejes estructurantes con la caracterización de personas en ejercicio de prostitución y bodegas, más no ha habido un fuerte impacto en la industria automotor que se fundamenta en muchas vinculaciones informales y que son una de las causantes del problema ambiental del espacio público; por último, los servicios de acogida y acciones itinerantes del componente de Espacio público se ejercen en barrios la Concepción

y La Paz, también distantes de las tensiones, que son las que requieren del impacto en las temáticas de convivencia.

Frente al Nodo 2, existe una fuerte densidad de acciones sobre el territorio en el que surgen las tensiones, especialmente de vivienda y trabajo que como explica la lógica del nodo son de las que más se requieren. En ese sentido, las acciones de respuesta en la UPZ Doce de Octubre respecto a la salud mental y la violencia de género están enfocadas al seguimiento de la notificación de eventos relacionada a la violencia sexual por parte de SIVIM con el fin de garantizar la no repetición de los eventos. Desde el Espacio Vivienda se realiza la identificación y acompañamiento a casos de violencia intrafamiliar, mediante la activación de rutas en las acciones familiares y desde el Espacio Público se realizan iniciativas en salud mental, estas se enmarcan en actividades como talleres dirigidos a la población en general, con el objetivo de prevenir e identificar comportamientos que se desencadenen en violencia de género.

A su vez, dentro de las respuestas dadas desde el Espacio Educativo se genera la estrategia Sintonizarte orientada a la identificación del riesgo en salud, estilos de vida saludables (alimentación y actividad física), cuyo accionar se concentra en los colegios de Doce de Octubre como el Rafael Bernal y Jorge Eliecer Gaitán, que son de los más demandantes, y Andes en el barrio Rionegro. Así mismo, el Espacio Vivienda realiza seguimiento a menores de 5 años diagnosticados con malnutrición en las familias del barrio San Fernando.

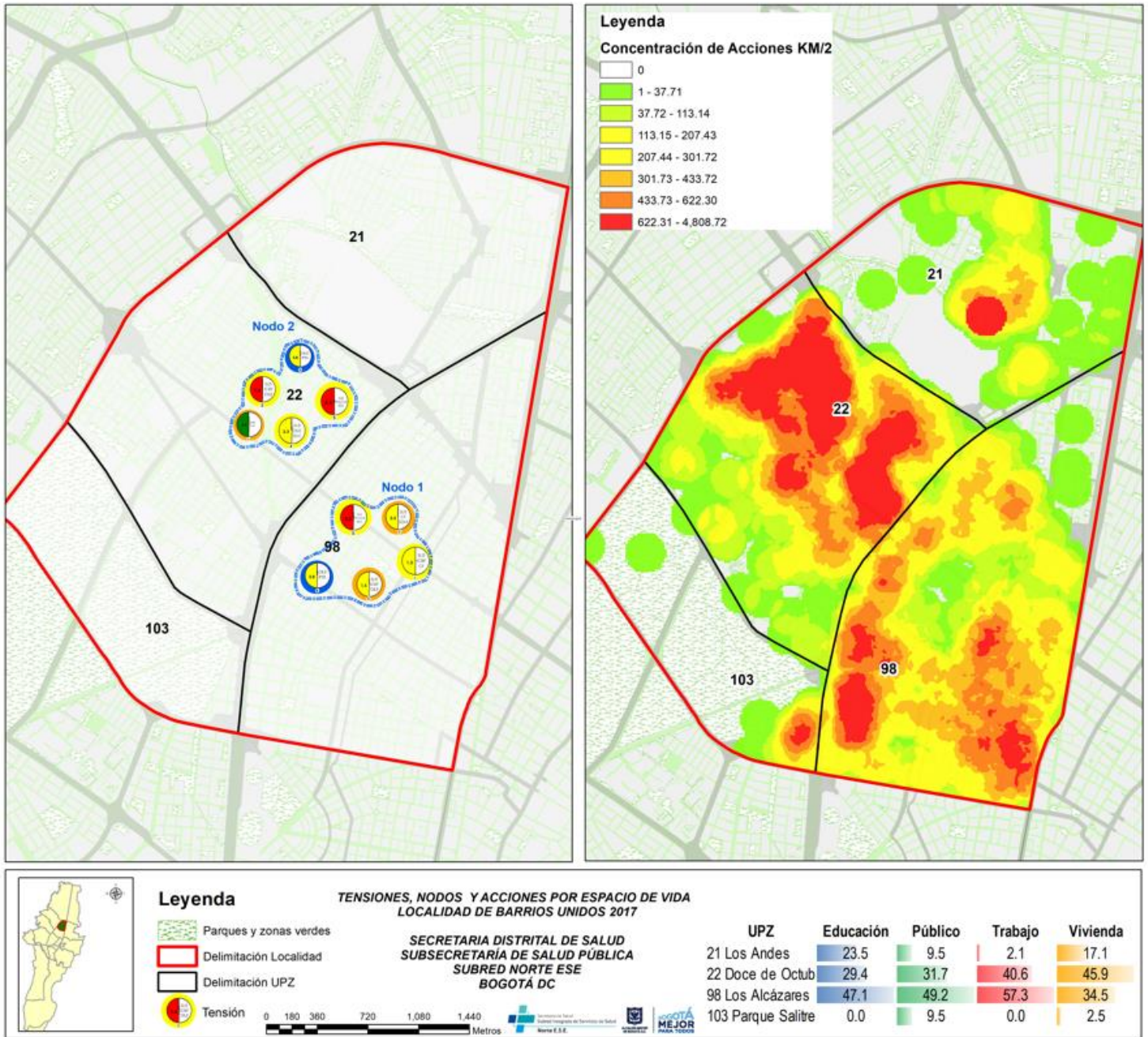
En síntesis, a diferencia del nodo 1, la respuesta sectorial se ve reflejada en los barrios San Fernando y La Libertad, donde se enmarca el nodo territorialmente. No obstante, a pesar de estas acciones dirigidas a la mitigación de los estilos de vida no saludables en la infancia y adolescencia, no se aborda la problemática de manera integral desde las diferentes causas debido a que muchos de los determinantes son de origen estructural, además de la poca cobertura y recurso (Mapa 14).

Los bajos ingresos económicos de las familias y la no identificación de diferentes costumbres por poblaciones migrantes que confluyen en dichas zonas de la localidad, no tienen procesos de intervención y mitigación permanentes por lo que se refuerzan los malos hábitos alimenticios que son traspasados desde los padres hacia los hijos. A su vez, son



los mismos determinantes que ante la falta de respuesta promueve la ausencia de relaciones de autoridad entre los responsables de la crianza de los menores, o la delegación de responsabilidad a terceros, lo que genera en los infantes y adolescentes, un desconocimiento frente al consumo saludable de los alimentos.

**Mapa 14. Tensiones, Nodos y acciones por espacio de vida cotidiana, localidad de Barrios Unidos, 2017**



Fuente: elaboración propia. Equipo ACCVSYE. Subred Integrado de Servicios de Salud Norte 2017

En relación a la implementación y ejecución de la política pública, en articulación intersectorial, cabe anotar algunos resultados que han evidenciado cambios en la localidad respecto a sus principales situaciones de riesgo e impacto social que, aunque no han sido directos a las dinámicas de la tensión, han contribuido a subsanar y liberar parte de los nodos. La respuesta se ha enfocado en elementos del espacio público (actividades económicas, ambientales y laborales) y algunos aspectos de las familias (problemáticas puntuales relacionados a la salud nutricional y mental).

Por un lado, ante la problemática de espacio público producido por el cambio del uso del suelo y la concentración de industrias y comercio mecánico que atrae población flotante, desde la política de habitante de calle, se realiza la estrategia “Ángeles azules” en las UPZ Doce de octubre y Alcázares en articulación con el IDIPROM, ofreciendo servicios básicos a personas con habitabilidad en calle que residen o trabajan en el sector. Sin embargo, desde el sector salud la respuesta es limitada para esta población, enfocándose en las jornadas de tamizaje de VIH. De esta forma, se requiere que la política de adultez se operativice en diversas acciones que trasciendan del enfoque a los habitantes de calle.

En la UPZ Alcázares donde converge la prostitución como actividad laboral, la política de Mujer y género se unió a la mesa de LGBTI, logrando un “pacto de convivencia” donde a partir de acciones intersectoriales se busca prevenir la violencia entre actores involucrados en los lugares públicos. Así mismo, se realizó la resignificación de los lugares más inseguros para las mujeres, transformando este factor de riesgo a un elemento de desarrollo.

Frente a la ocupación del espacio Público por los talleres automotrices en los Alcázares y su afectación a la población en condición de discapacidad, se ha trabajado por la movilidad mediante circuitos de oferta de servicios buscando reducir las barreras de acceso; así mismo, se mejoró la accesibilidad a parques y la integración social mediante la inclusión laboral, apoyados en la Ruta de empleabilidad para acceder a trabajo. Sin embargo, en la localidad actualmente no se ha contratado el Banco de ayudas técnicas para dicha población.

Complementando el accionar sobre el territorio y su espacio de interacción, la política de Salud Ambiental atendió otras situaciones que influyen en el bienestar colectivo de los residentes y transeúntes. El control a establecimientos abiertos al público mediante operativos

transectoriales (orientados al tema de alimentos), fue un esfuerzo resaltado durante el 2017. De igual manera, la protección y bienestar animal, la educación en manejo de residuos, el cuidado de agua, entre otros, han sido prioridades en la agenda local en trabajo institucional mancomunado.

En ese mismo sentido, gracias al posicionamiento de la Comisión Ambiental Local (CAL) en el territorio, se implementó la escuela itinerante de hábitos saludables con temas centrales como la alimentación saludable y salud ambiental; estas actividades junto al fortalecimiento artístico, el trabajo con barras futboleras en la juventud y el control del expendio de SPA alrededor de los colegios por parte de la SDG, han contrarrestado el consumo de SPA y mitigado los impactos sociales en la estructura familiar y comunitaria.

La política de Trabajo, por su parte, ha generado recorridos intersectoriales en la plaza del 12 de Octubre y 7 de Agosto, sensibilizando sobre enfermedades ocupacionales generadas por las actividades laborales informales que imperan en estos sectores. Esta actividad se complementa con la Inspección, Vigilancia y Control de la Subred Norte, donde la línea de seguridad química realiza acciones orientadas a la buen el manejo y disposición final de sustancias químicas.

Por otra parte, en el abordaje de las familias y sus situaciones problema, a través de la política de Familia se articularon las acciones del ICBF, SLIS, DILE y Alcaldía Local, para implementar la estrategia de entornos y territorios seguros, donde se ofrecen alternativas de solución para la malnutrición en primera infancia y la atención e intervención psicosocial de las familias enfocado a la violencia intrafamiliar. En relación a las familias víctimas del conflicto, desde el PAPSIVI implementado en Barrios Unidos y Teusaquillo, se garantizan los derechos de protección y se implementan las rutas de empleabilidad por parte de la secretaria de desarrollo económico.

Finalmente, es evidente que se reconoce las circunstancias que afectan la calidad de vida de la población desde elementos relevantes del espacio público y la familia, sus procesos y falencias en el territorio desde las políticas y su implementación; sin embargo, es perceptible también las limitaciones que acontecen frente a cada evento en salud y sus determinantes. Aunque se atacan dificultades de la localidad, estas acciones son de amplio espectro, sin

contemplar la especificidad de algunos reconocimientos que, aunque no es un común denominador, hace que persistan tensiones en la localidad; de allí que casos como la adultez y la vejez se vean desabastecidas de la atención institucional por la necesidad de fortalecer las mesas locales referentes, pues en su inoperatividad no permite la ejecución de acciones.

## 6.5 Recomendaciones

En la localidad se ha evidenciado tensiones en cuanto a la malnutrición en niños y adolescentes, así como la violencia de género en la juventud como resultado de las dinámicas familiares en las cuales se delega la responsabilidad de la formación de los menores a terceros, los cuales permiten el acceso a alimentos no saludables y poca realización de actividad física sin direccionamiento del manejo del tiempo libre; además de la socialización con pares que repiten modelos culturales en los cuales se promueve la violencia de género.

La política define que los hogares familiares pueden ser biparentales., monoparentales, extensos o compuestos. Los monoparentales se reconocen como incompletos. Los hogares familiares, por su parte, tienen conformaciones diferentes según el momento de ciclo vital de que se encuentran, esta diferencia, modifica las necesidades y las tensiones propias de la dinámica familiar generando transformaciones en la familia:

Etapa inicial. Parejas jóvenes sin hijos; la mujer tiene menos de 35 años.

Etapa 1. “etapa de construcción” el hijo mayor del jefe de hogar tiene menos de 12 años.

Etapa 2. Intermedia. El hijo mayor del jefe de hogar tiene entre 12 y 18 años.

Etapa 3. Consolidada. El hijo mayor del jefe de hogar tiene más de 19 años y vive en el hogar con el jefe.

Etapa 4. Hogares conformados por parejas adultas, el conyugue del jefe tiene más de 35 años; no ha tenido hijo y si los tuviera viven fuera del hogar “nido vacío”.

Frente a lo anterior, es menester lograr el fortalecimiento y la sensibilización de las redes de apoyo y la unión familiar, de acuerdo al tipo de familias residentes, debe ser trabajada desde una perspectiva integral, es decir, no solo mediante charlas educativas, sino en asesoría para

la generación de herramientas para la vida cotidiana tanto en la convivencia como en las relaciones colectivas de la esfera pública: trabajo, educación, ocio, cultura.

En esa medida, se recomienda que las actividades del espacio vivienda especialmente, adicional a las acciones en promoción y prevención de la salud, se haga una consejería en la que se promueva un diálogo que vincule a los miembros de la familia mediante una acción de los mismos, para que se empiece a realizar o buscar alternativas de solución propias frente a las situaciones que más los afecten. Así mismo, la política pública que se enmarca en el territorio debe ser consecuente con las demás líneas de trabajo (asistencial), es decir, no trabajar de manera aislada en el territorio, y esto se logra en general promoviendo lecturas de necesidades y desarrollo de acciones a todos los cursos de vida conduciendo de esta manera a una integración y enfoque de las acciones más viables y operativas.

Por otra parte, es necesario reorientar las acciones, sin abandonar los territorios impactados, en la UPZ Alcázares hacia el barrio de Alcázares norte que es donde se concentran la aparición de problemáticas en relación al espacio público, a la intervención de las condiciones laborales y de vivienda, y en las jornadas que se llevan a cabo de manera intersectorial.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Secretaria Distrital de Planeación. Diagnostico de los aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos de Barrios Unidos. 2011..
2. Departamento Nacional de Estadística. Proyecciones Poblacionales 2005-2020. 2016..
3. FOSYGA B. Base afiliados régimen contributivo y subsidiado. corte a 31 de diciembre de 2016. Contributivo y subsidiado.
4. Planeación DNd. Base de datos SISBÉN certificada DNP. Noviembre de 2016, vigente a 31 de diciembre de 2016..
5. Secretaria Distrital de Salud DANE. Bases RUAF Nacimientos y Defunciones. 2017 Enero 19. Base 2011 a 2014 Oficiales. Bases 2015 y 2016 preliminares.
6. Z. Gant MLHIHXHXGaRS. A County-Level Examination of the Relationship Between HIV and Social Determinants of Health: 40 States. The Open AIDS Journal. 2006-2008; 1(6).
7. Duy Nguyen LJBMG. Asian-American elders' health and physician use: An examination of social determinants and lifespan influences.. Health. 2012; 4(11).
8. Norte AS. Diagnostico Local. Analítico Descriptivo. Bogotá D.C.: Subred Norte de Servicios de Salud, Bogotá D.C.; 2015.
9. ASIS. Diagnostico Local. Analítico descriptivo. Bogotá: Hospital de Chapinero, Bogotá D.C.; 2014.
10. ACCVSYE. Unidad de Análisis Espacio Trabajo. 2017. Unidad de análisis con el referente y funcionarios del Espacio Trabajo.
11. Planeación SDd. Secretaria de Planeación. [Online].; 2014 [cited 2017 junio 12
12. Espectador E. "Food trucks": buen negocio, pero falta la regulación. El Espectador. 2017 febrero.
13. SIVISTRA. Base de datos SIVISTRA. 2016..
14. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Mortalidad general, agrupación 6/67, causas por localidad, sexo y edades quinquenales 2012-2014. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS. Bogotá: Secretaria Distrital de Salud; Junio 2016.
15. Salud SDd. Base de Nacimientos y Defunciones RUAF. 2009 a 2016..

16. Salud SDd. Base de datos RIPS, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. 2016..
17. E.S.E SIdSdSN. Base de datos IPS públicas y privadas. 2015..
18. Salud SDd. Base de datos RIPS población vinculada, subsidiada y no POS. 2015..
19. Salud SDd. Base de datos Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública. 2016..
20. Salud SDd. Bases de datos Subsistemas de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública. 2016..
- 21 Salud SDd. Plan de Intervenciones Colectivas. [Online].; 2011 [cited 2014 Abril 15.
22. Capital S. [Online]. [cited 2017 07 01.
23. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá DC. Plan Territorial de Salud para Bogotá, D. C. 2016-2020. 2016 Jun 09..
24. Secretaría Distrital de Salud. Anexo operativo espacio educación..
25. Secetaría Distrital de Salud. Anexo Operativo Espacio Trabajo. 2017..
26. Secretaría Distrital de Salud. Anexos Operativos Espacio Público. 2017..
27. Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. Informe PIC abril a junio. 2017..
28. Secretaría Distrital de Salud. Anexo operativo espacio vivienda. 2017..
29. Secretaría Distrital de Salud. Anexo operativo Gestión de Programas y Acciones de Interes en Salud Pública. 2017 Abril.

## ANEXO MATRIZ DE DETERMINANTES

DIMENSION PASE ASOCIADA	DESCRIBA LA CONDICION QUE SE IDENTIFICA	REALICE UN ANALISIS DE PORQUE SE PODRIA CONSTITUIR EN UN POTENCIAL DETERMINANTE (YA SEA POSITIVO O NEGATIVO PARA EL ANALISIS DE CALIDAD DE VIDA SALUD Y ENFERMEDAD)	CURSO DE VIDA MAS AFECTADO	DIMENSION PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA	LUGAR DE OCURRENCIA (UPZ, BARRIO, Institución)
Poblacional: Crecimiento	Procesos históricos de poblamiento de la localidad.	La localidad ha presentado un desarrollo mixto en su patrón de poblamiento; muchos de sus barrios, principalmente aquellos conformados en los años treinta y cuarenta, fueron producto de invasiones, autoconstrucción y, en menor medida, los diseñados por urbanizadoras. Los barrios construidos a partir de los años setenta y ochenta (Entreríos, La Castellana, Polo Club) reflejan un patrón diferente, incorporando nuevos conceptos en urbanismo y paisajismo. Finalmente, hacia los años noventa, se dio el desarrollo del conjunto residencial Metrópolis, el cual concedió especial prelación al paisaje y al concepto de "espacio público". Algunos barrios se han desarrollado gradualmente, mientras que los más antiguos han ido modificando su uso residencial a comercial, esencialmente en actividades industriales de pequeño y mediano tamaño, relativas a la elaboración de muebles, litografías, almacenes de calzado, compra y venta de repuestos para automóviles, y talleres de servicios automotriz, generando problemas de carácter ambiental y social, e invasión del espacio público.	Adulthood	Salud ambiental: hábitat saludable: Urbanismo, ruralidad y espacio público.	Barrios: Entreríos, La Castellana, Polo Club
Poblacional: Crecimiento	Dinámica poblacional de la localidad	En el periodo comprendido entre 1985 y 1993 la localidad Barrios Unidos disminuyó su población censal en un 11.6%, pasando de 199.701 habitantes a 176.552, representando un crecimiento negativo en la población; en el periodo comprendido entre 1993 y 2005, la población de la localidad aumentó en un 27.24%, manteniendo un crecimiento levemente superior al observado en el Distrito Capital, que en este mismo periodo fue del 24.9%, siendo coherente con el hecho de que la localidad no cuenta con suelos en expansión. Sin embargo, a nivel local se ha aumentado la construcción horizontal, lo que ha permitido el aumento de la densidad poblacional.	Adulthood (todos los cursos de vida)	Salud ambiental: hábitat saludable: Urbanismo, ruralidad y espacio público.	la UPZ Parque El Salitre es la de menor densidad, aunque es importante mencionar que las UPZ en general cuentan con una alta afluencia de población flotante.
Poblacional: Estructura	Localización de personas en ejercicio de prostitución las trabajadoras sexuales	En la localidad de Barrios Unidos se ubicaron 46 establecimientos, de los cuales 16 tienen un horario diurno y 30 nocturno. En donde adicionalmente se observa consumo de alcohol. En la carrera 21 entre la calle 66 y 68, encontramos una zona de contacto en calle, donde se ofrecen servicios sexuales de mujeres y población LGBT.	Adulthood	Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos: Prevención y atención integral en la salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos.	barrios Esperanza, Siete de Agosto, Rafael Uribe, Colombia, San Fernando, San Felipe, Concepción Norte y Alcázares
Ambiente natural: clasificación y delimitación del territorio	Invasión del espacio público como riesgo a la salud	predomina la fabricación de muebles y los talleres de reparación automotriz, con manejo inadecuado de sustancias peligrosas que afectan la salud de los trabajadores, transeúntes y residentes. Igualmente, se presentan situaciones similares en las que se presenta el inadecuado manejo de residuos sólidos y excretas de animales; consumo de sustancias psicoactivas en grupos de jóvenes y daño en los bienes públicos (parques). Esta problemática se incrementa cuando hay eventos de entretenimiento como partidos de fútbol o conciertos, donde la acumulación de personas hace que se multipliquen los residuos sólidos como basuras.	Adulthood	Salud ambiental: Hábitat saludable	Barrio: 12 de octubre
Ambiente natural: clasificación y delimitación del territorio	Conflictos por el uso del suelo	En general, los conflictos por uso del suelo están ligados a la ocupación de zonas netamente residenciales con usos comerciales o de servicios, de manera paulatina, conllevando al deterioro de áreas tradicionales.	Adulthood	Salud ambiental: Hábitat saludable	Barrio: 12 de octubre
Ambiente natural: áreas de riesgo y amenaza	Incremento en la contaminación auditiva	La contaminación por ruido es otra problemática que viene en aumento. Entre las causas de contaminación se cuenta el parque automotor, y el uso excesivo de parlantes y equipos de sonido asociados a la actividad comercial diurna y nocturna de la localidad, así como los aviones cuya ruta atraviesa la localidad. Las intensidades más altas del ruido se perciben en las intersecciones viales de mayor congestión	Adulthood	Salud ambiental	calles 72, 68, 63 y 80, y las carreras 14, 17, 24 y 30, y la Av. 68, entre los sectores comerciales del Siete de Agosto, Rionegro, y Doce de Octubre
Económica: Infraestructura de desarrollo económico, agrario, distribución, transformación y comercialización.	Enfermedades gastrointestinales	los establecimientos donde venden alimentos preparados, no tienen un control adecuado en la manipulación de los alimentos. Esto sucede por consecuencia de un bajo control por parte de las instituciones sanitarias, y de un vacío legal que regule con sanciones, los restaurantes o puestos de comida rápida callejera. esto quiere decir, que los determinantes sociales son de carácter intermedio y estructural respectivamente.	Adulthood	Seguridad alimentaria y nutricional: calidad e inocuidad de los alimentos.	7 de agosto, 12 de octubre
Social: Salud	Hábitos de vida no saludable	Una forma de vida no saludable de la población se considera denomina como factor de riesgo para padecer algún tipo de enfermedad crónica en un futuro cercano. Esto se debe a que las maneras como los individuos cada vez se ocupan menos de sus cuerpos y de su propia salud. el por qué de esta situación va en aumento, es a la dinámica laboral de la actualidad, donde los horarios de trabajo (formal) y las responsabilidades familiares (el cuidado de hijos o de padres adultos mayores) hacen que el tiempo sea limitado para por ejemplo: preparar un almuerzo para el día siguiente, preparar la lonchera para su hijo, dejando la responsabilidad de su alimentación al cuidado del colegio su alimentación. Los determinantes intermedios están asociados entonces al modelo laboral estricto para el trabajador, y proximal, en lo que corresponde al individuo buscar alternativas sanas de alimentación saludable y actividad física moderada.	Adulthood y Vejez	Vida saludable y condiciones no transmisibles: Modos, condiciones y estilos de vida saludables.	UPZ: Doce de octubre, Los Alcázares
Social: Infraestructuras de seguridad y justicia	Altos índices de trabajo informal y trabajo infantil	trabajadores y trabajadoras que se dedican a la venta ambulante en puestos móviles, ferias estacionarias, kioscos y corredores viales, puntos claves para ubicar niños, niñas y adolescentes en situación laboral, expuestos a los riesgos propios según la labor; las principales actividades en las que son vinculados los menores son: reciclaje, comercio de artículos, atención al público, salas de belleza y producción de alimentos. Esta dinámica sucede por la falta de oferta de trabajo formal, al igual que la falta de educación y cualificación de los ciudadanos para trabajos formales, y por la falta de oportunidades de cualificación hacia los ciudadanos que no garantiza el Estado. Los determinantes a asociar son de carácter estructural, frente a la falta de oportunidades ofertadas por el Estado y el mercado laboral, e intermedio por la poca oferta de trabajo y las malas condiciones laborales que sobrepandan en la localidad. Trabajos con poca cualificación, con extensas jornadas muchas horas de trabajo, y con pagos que no sobrepasan el salario mínimo legal en muchos casos.	Juventud y Adulthood	Salud y ámbito laboral: Seguridad y salud en el trabajo.	UPZ: 12 de octubre, Los Alcázares
Ambiente Construido: Vivienda	Cambio arquitectónico, comercialización zonas tradicionales y deterioro del espacio público	En un ejercicio de reconocimiento territorial se observó un fuerte cambio en el uso del suelo en las UPZ de Andes y Alcázares caracterizado por un auge del sector comercial de mecánica, metalurgia, latonería y pintura. Esta dinámica económica no solo ha propiciado la acumulación de población flotante sino que ha promovido redes de trabajo informal, inseguridad y focos de contaminación evidenciados en las laderas del río Salitre. A diferencia de fenómenos como Engativá o Suba, en la localidad no se encuentra un fuerte desarrollo urbanístico sino por el contrario existe una adecuación de las antiguas estructuras (incluso un abandono de las mismas) a los nuevos negocios o inquilinatos. Es de anotar que los eventos notificados de mortalidad materno infantil, no obedecen como tal a condiciones vulnerables del territorio pues los puntos de concentración se ubican en zonas acomodadas y de gran esparcimiento recreativo: zonas verdes, aseo, seguridad.	Vejez, Infancia	Hábitat saludable	Barrios Siete de Agosto y Rionegro